TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. Georges LECLERC

Professeur de clinique chirurgicale
à l'Ecole de médecine de Dijon



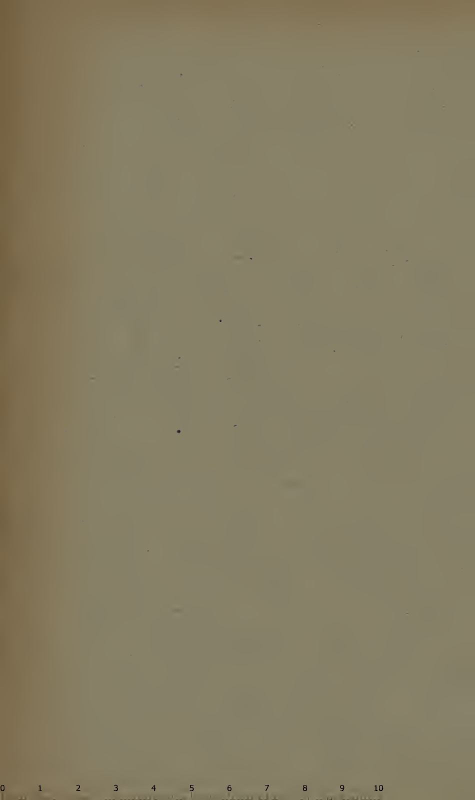
DIJON

IMPRIMERIE JOBARD

9, Place Darcy, 9

—

1927



à M. le Dr Fredet.

à l'appui d'une candidature de
l'auteur à la Soc. de Chirurgie et
avec ses respectueux hommages

Georges [illegible]

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

M. Georges LECLERC

Professeur de clinique chirurgicale
à l'Ecole de médecine de Dijon





DIJON

IMPRIMERIE JOBARD

9, Place Darcy, 9

—

1927

TITRES SCIENTIFIQUES

TITRES HOSPITALIERS

INTERNE DES HOPITAUX DE LYON, 1902.

CHARGÉ DE SERVICE DE CHIRURGIE INFANTILE A L'HOPITAL DE DIJON, de 1906 à 1921.

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE DIJON, 1919.

TITRES UNIVERSITAIRES

PROFESSEUR SUPPLÉANT DES CHAIRES DE CLINIQUE CHIRURGICALE, OBSTÉTRICALE ET PATHOLOGIQUE EXTERNE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON, 1906.

CHEF DE TRAVAUX DE MÉDECINE OPÉRATOIRE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 1910.

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE, 1922.

TITRES MILITAIRES

pendant la guerre.

CHIRURGIEN D'AMBULANCE, 1914-1918.

CHIRURGIEN CHEF DE SECTEUR, 1916.

CHIRURGIEN CONSULTANT DE CORPS D'ARMÉE, 1917.

DIVERS

MEMBRE DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE.

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON.

MEMBRE DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE CHIRURGIE.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

ANESTHÉSIE

L'anesthésie électrique chez l'homme.

Congrès de chirurgie, 1910.

Réflexions sur 200 cas d'anesthésie rachidienne à la novocaïne.

Lyon chirurgical, mai-juin 1917.

Les avantages et les dangers de l'anesthésie rachidienne ; ses indications.

Thèse de Grave, Lyon, 1921.

Anesthésie régionale.

Thèse Bizot, Lyon, 1922.

Les accidents méningés de l'anesthésie rachidienne.

Société de chirurgie de Paris, décembre 1923,
Rapporteur : M. Mauclaire.

Anesthésie générale par le somnifène.

Thèse de Quignard, Lyon, 1925.

L'anesthésie à l'éther par voie rectale.

Société des sciences médicales de la Côte-d'Or, 1920.

J'ai toujours pensé qu'un chirurgien ne devait pas se cantonner dans un seul mode d'anesthésie, mais qu'il devait, au contraire, connaître et expérimenter toutes les variétés d'anesthésie utilisables, de façon à tirer profit de chacune d'elles.

Depuis vingt ans, je pratique et j'étudie l'*anesthésie rachidienne;* j'ai employé d'abord la cocaïne, puis la stovaïne, enfin la novocaïne. Je n'ai point eu de mort attribuable à l'anesthésie en dehors de quelques rares cas survenus chez des malades choqués, et dans des conditions où je ne pratique plus aujourd'hui ce mode d'anesthésie. Mais j'ai eu, comme tout le monde, des *échecs* et des *accidents.*

Les *échecs* ont diminué avec l'expérience, qui m'a conduit à faire la ponction assez haute (premier espace lombaire), l'injection lente et accompagnée de barbotage.

Les *accidents* ont consisté en symptômes méningés, généralement bénins, mais quelquefois graves.

Les premiers ont été des céphalées faibles ou moyennes, dans la proportion de 5 pour 100; ou intenses et s'accompagnant d'une véritable réaction méningée dans la proportion de 6 pour 100. J'ai observé également des rachialgies et des paralysies oculaires.

Tous ces accidents sont ennuyeux, mais ne peuvent faire abandonner une anesthésie qui présente par ailleurs tant d'avantages.

Mais il existe des *accidents méningés graves*, indépendamment de toute infection extérieure.

C'est ainsi que j'ai observé, après une anesthésie rachidienne à la novocaïne, pratiquée pour l'appendicite à froid, une méningite puriforme aseptique, dont les symptômes très impressionnants durèrent une dizaine de jours, puis disparurent sans laisser de trace.

Les accidents de ce genre, que d'autres ont observés comme moi, doivent, quoi qu'on en ait dit, faire considérer l'anesthésie rachidienne comme un procédé dont la gravité est à mettre en parallèle avec l'anesthésie au chloroforme. Il faudrait de longues statistiques pour lui assigner sa place exacte dans l'échelle de gravité des anesthésies. En tous cas, cette gravité est bien supérieure

à celle de l'*anesthésie régionale ou radiculaire*, qui, lorsqu'elle est praticable, est l'anesthésie de choix.

Dans la thèse de Grave, où j'ai essayé de fixer les indications des différents modes d'anesthésie, je réserve à l'anesthésie rachidienne une indication formelle, et. que les récentes discussions à la Société de chirurgie n'ont pas modifiée, dans les cas suivants : 1° dans la laparotomie pour occlusion intestinale chez les malades qui ne sont pas aux derniers degrés de la stercorémie ; 2° dans les opérations pour fractures des membres inférieurs ; 3° dans les opérations sur les membres inférieurs chez les obèses à cœur gras et à poumons emphysémateux, lorsque l'anesthésie locale n'est pas possible.

J'ai utilisé à peu près tous les autres modes d'anesthésie.

L'*anesthésie rectale à l'éther* m'a donné des déboires et a failli m'occasionner de graves accidents, parce qu'elle est trop difficile à régler.

L'*anesthésie par la somnifène* m'a occasionné deux graves accidents, dont un mortel, que j'ai relatés dans la thèse de mon élève Quignard. C'est une anesthésie dangereuse et qu'il ne faut pas employer.

Enfin, en 1910, j'ai utilisé deux fois, avec Gremeaux, l'*anesthésie électrique*, suivant le procédé de Leduc (de Nantes), après avoir contrôlé les résultats excellents qu'elle donne chez les animaux. La première anesthésie fut bonne ; elle fut maintenue pendant dix minutes ; le réveil fut immédiat et les suites sans incidents. La seconde anesthésie fut également bonne et permit une longue opération ; elle fut maintenue pendant 50 minutes, l'intensité du courant variant autour 30 milli-ampères. Pendant toute l'anesthésie, il y eut de petites secousses musculaires à la face et aux membres, mais sans rien de gênant pour l'opérateur. Lorsqu'on interrompit le courant, le réveil fut presque instantané ; mais la malade

tomba bientôt dans un état de demi-stupeur, rappelant celui de la commotion cérébrale; elle mourut au bout de quatre jours. L'autopsie de cette malade, qui avait quatre-vingts ans et un volumineux cancer envahissant toute la joue et s'étendant à la région parotidienne, montra des lésions de ramollissement cérébral très nettes.

Bien qu'un échec de cet ordre, chez une telle malade, ne puisse être mis au passif d'une méthode d'anesthésie, je n'ai plus jamais employé l'électro-narcose, qui m'a paru agir avec brutalité et peut-être en déterminant un certain degré de commotion cérébrale.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

La compression élastique du tronc comme procédé d'hémostase préventive dans les opérations sur les membres inférieurs et sur le bassin.

Gazette des hôpitaux, 22 juin 1909.
Thèse d'Altenbach, Lyon, 1908.

En juin 1908, Momburg, de Spandau, annonçait un nouveau moyen d'obtenir l'hémostase préventive de la moitié inférieure du corps et des organes du bassin, en serrant fortement la taille avec un lien de caoutchouc, placé entre le rebord costal et les crêtes iliaques. Ce procédé tendait ainsi à étendre considérablement le champ d'action de la bande d'Esmarch telle qu'on l'emploie habituellement.

Après Rimann, Axhausen, Willems, Trendelenburg, Verhoogen, j'utilisai moi-même trois fois, en 1909, le procédé de Momburg : pour une amputation très haute de cuisse, pour l'ablation d'un sarcome des ganglions inguinaux et iliaques et pour une prostatectomie périnéale. J'obtins ainsi une hémostase absolue, qui facilita considérablement mes opérations. Je ne notai aucun incident grave. Pendant l'application du garrot, le pouls s'affole un peu, devient petit et fréquent, mais ces troubles ne durent que quelques secondes et le pouls redevient bientôt normal. A l'ablation, les mêmes phénomènes se reproduisent, un peu plus accentués et un peu moins fugaces, mais ils ne durent encore qu'une ou deux minutes.

Je n'ai plus jamais employé le procédé de Momburg depuis cette époque déjà lointaine. J'ai pris, en effet,

l'habitude de faire mon hémostase au fur et à mesure. D'autre part, les techniques chirurgicales se sont réglées et l'hémostase élastique préventive m'apparaît, comme à beaucoup de chirurgiens, une manœuvre superflue. Enfin, pour tout dire, cette manœuvre m'a paru brutale ; je ne crois pas qu'il y ait lieu de redouter des lésions viscérales, mais on donne un coup terrible au cœur, en augmentant ainsi subitement et considérablement la pression sanguine. Il est douteux que les myocardes puissent y résister. Le procédé paraît d'ailleurs tombé dans l'oubli.

Le savonnage des mains en chirurgie.

Thèse de Tessé, Lyon, 1910.

Vers le temps où les gants de caoutchouc n'avaient pas encore conquis droit de cité en chirurgie, il était intéressant de rechercher, malgré une apparence de minutie exagérée, quel était le meilleur moyen d'obtenir l'asepsie des mains, par le lavage à l'eau et au savon.

Reprenant avec mon élève Tessé des expériences un peu semblables à celles que Reverdin et Massol firent en 1905, j'obtins les résultats suivants : 1° les solutions aqueuses et très concentrées de savon sont les meilleures ; les solutions alcooliques doivent être écartées ; 2° le lavage dans des cuvettes stérilisées, suivi de rinçage à l'eau courante, donne de meilleurs résultats que le lavage à l'eau courante, sans doute parce que, dans le premier cas, le savonnage était pratiqué avec une solution plus concentrée ; 3° le décapage des mains étant pratiqué, le rinçage doit être poussé à fond ; c'est un temps qu'on écourte trop dans la pratique ; on doit lui accorder un temps au moins égal à celui du savonnage ; dans nos expériences, l'asepsie a été d'autant plus parfaite que le temps du rinçage a été plus considérable ; 4° malgré tout le soin et tout le temps employé, on ne peut pas, par le simple lavage à l'eau et

au savon, obtenir de façon certaine l'asepsie bactériologique des mains.

Le traitement des états septicémiques par les injections intraveineuses de peptone (méthode de Nolf).

Société de chirurgie de Paris, 26 octobre 1921.
Rapporteur : M. L. Bazy.

J'ai apporté à la Société de chirurgie une observation qui démontre que nous possédons, dans la méthode des injections intraveineuses de peptone, imaginée par Nolf, un moyen précieux et puissant de guérir certaines septicémies.

Il s'agissait d'un abcès de l'aisselle, consécutif à une plaie de l'index, et qui avait déterminé des accidents septicémiques graves et persistants ; malgré l'ouverture large de l'abcès, cette septicémie évoluait depuis plus d'un mois avec des frissons presque quotidiens et des températures en clocher, montant jusqu'à 41 degrés ; l'état général était mauvais. Aucune amélioration ne se dessinait. Du jour au lendemain, à la suite d'une seule injection de 1 gr. 50 de peptone, la température et les frissons disparurent immédiatement et définitivement.

La relation de cause à effet entre l'injection et la disparition des accidents ne semble pas douteuse, car, dans les septicémies graves qui guérissent, la température tombe lentement, après une longue période d'oscillations décroissantes ; elles ne guérissent pas, comme dans mon observation, d'une façon brusque et définitive.

Cette observation a servi d'introduction à une intéressante étude de Louis Bazy, mon rapporteur. Il conclut, comme moi, à l'intérêt de la méthode de Nolf, qui demande certes à être maniée par des mains prudentes, mais qui doit rendre des services dans les septicémies graves dont le germe est inconnu.

Greffe du péroné après résection du tiers supérieur de l'humérus pour ostéosarcome.

Société de chirurgie de Lyon, mars 1914.

A propos des greffes osseuses.

Société de chirurgie de Lyon, juin 1914.
En collaboration avec M. Tavernier.

J'ai présenté à la Société de chirurgie de Lyon une pièce assez rare : il s'agit d'une greffe autoplastique, formée par le péroné que j'avais mis en remplacement du tiers supérieur d'un humérus réséqué par ostéosarcome. La résection une fois faite, la moitié supérieure du péroné avait été prélevée avec son périoste; l'extrémité inférieure du greffon, taillée légèrement en pointe, avait été enfoncée dans la cavité médullaire de l'humérus, la tête du péroné se calait sous la voûte acromio-coracoïdienne.

L'opération avait eu des suites aseptiques et la soudure du greffon à son support s'était faite rapidement. La malade se servait de son membre d'une façon très utile. La radiographie, un mois après l'opération, montrait le péroné remplaçant exactement le fragment d'humérus absent et le cal unissant l'humérus au greffon.

Cependant, une petite fistule avait toujours persisté au-dessous de l'acromion, un stylet introduit touchait l'os transplanté et on pouvait constater que celui-ci était sensible au toucher. Une petite intervention, destinée à tarir cette suppuration, me conduisit sur l'extrémité supérieure de l'os atteint d'ostéite. Je le curettai et pus constater que l'os saignait sous la curette.

Six mois après l'intervention, la récidive étant évidente dans les parties molles, je fis une désarticulation inter-scapulothoracique, dont les suites furent normales.

C'est la pièce recueillie que j'ai présentée à la Société. Le péroné transplanté avait conservé exactement sa forme

et son aspect, sauf à la partie supérieure; celle-ci avait en partie disparu par le curettage et ce qui en restait était déchiqueté; mais toute la moitié inférieure du greffon était, au contraire, normale; à la partie inférieure, la fusion des deux os était absolument intime.

Les pièces de ce genre étaient assez rares à cette époque et elles pouvaient contribuer à fixer les idées sur la question si discutée de la prise et de la survie des greffes osseuses D'une part, en effet, les recherches histologiques et expérimentales si importantes de Barth, de Sultan et de Axhausen affirmaient la mort de tous les éléments du greffon; d'autre part, les travaux de Streissler, ceux de Baschkirzeff et Petrow, ceux de Rehn aboutissaient à des conclusions contraires.

Les coupes histologiques du greffon péronéal que j'avais implanté dans l'humérus furent étudiées par Tavernier et par Dubreuil; elles confirmaient l'opinion de la mort du greffon.

Ces préparations offrent, en effet, à première vue, un aspect général à peu près normal d'os spongieux. Mais la moelle est fibreuse, très pauvre en éléments cellulaires, constitués uniquement par des cellules conjonctives banales. Les modifications les plus importantes portent sur les travées osseuses : les parties périphériques de ces travées présentent un aspect entièrement normal; au contraire, la partie centrale de chaque travée est formée d'une osséine moins colorable, ses ostéoplastes un peu agrandis sont entièrement vides et ne contiennent pas la moindre trace d'éléments cellulaires. En un mot, chaque trabécule de ce tissu spongieux paraît constituée par un séquestre engainé de formations osseuses bien vivantes, qui l'englobent étroitement. L'os vivant revêt donc partout l'os mort et on a l'impression que celui-ci est plutôt enkysté qu'en voie de résorption.

En étudiant ces dispositions anatomiques, on ne peut

se défendre de voir dans l'os mort tout ce qui reste du greffon, de penser que le péroné transplanté a subi une nécrose de tous ses éléments cellulaires, privés trop longtemps d'apports nutritifs, et qu'il n'est resté de lui que ses trabécules de tissus osseux compact mort. Puis les éléments cellulaires et les vaisseaux, venus des tissus vivants voisins, ont proliféré dans les espaces médullaires vides du greffon, les ostéoblastes émigrés de l'humérus voisin accolés aux parois osseuses des cavités médullaires, ont édifie de l'os au contact même de l'os ancien qui s'est trouvé comme un séquestre enkysté, entouré sur toutes ses faces d'os nouveau. Le tissu conjonctif jeune, qui occupait les espaces médullaires, s'est modifié en tissu fibreux comme tout tissu de cicatrice : et ainsi s'est trouvé constitué le dispositif anatomique que nous voyons aujourd'hui sur les coupes. Le greffon n'a servi que de tuteur momentané, d'échafaudage pour ainsi dire, dont chacune des poutres microscopiques a été revêtue d'os néoformé.

Cette interprétation de l'évolution des greffes osseuses a d'ailleurs plus qu'un intérêt spéculatif. Elle cadre avec l'histoire clinique de ces greffes, éclaire certaines particularités difficiles à expliquer autrement et donne des directives pour la technique opératoire.

Elle permet, par exemple, de comprendre l'importance capitale qu'il y a à assurer un contact intime entre le greffon et l'os vivant près duquel il est placé et d'où viendront les ostéoblastes, qui assureront l'édification osseuse nouvelle. Faute de ce voisinage immédiat, pas d'ossification : un greffon, placé en plein muscle ou dans le tissu cellulaire, persiste quelque temps, puis est lentement résorbé sans présenter jamais trace d'activité néoformatrice.

C'est pour cela que sur la pièce que j'ai enlevée, le péroné transplanté est épaissi et dense vers le cal qui le

soude à l'humérus, tandis qu'il devient moins compact, lorsqu'on s'en éloigne, et finit par disparaître complètement un peu plus loin : l'ossification venue de l'humérus n'a pas eu le temps de gagner les parties les plus éloignées du greffon, où prédominent les processus de résorption. Car, du côté de l'omoplate, le revêtement cartilagineux de la glène oppose un obstacle absolu à la migration des ostéoblastes.

Tout cela explique *la nécessité d'une coaptation intime de l'os greffé avec les segments osseux entre lesquels il est ordinairement transplanté.*

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

Cinq observations de tétanos céphalique.

En collaboration avec MM. Pinatelle et Rivière.
Province Médicale, janvier 1906.

Dans cette courte étude, mes collaborateurs et moi avons rapporté cinq cas de tétanos céphalique inédits ; quatre de ces cas présentaient la paralysie faciale classique, deux fois du côté de la blessure, deux fois du côté opposé ; dans un seul cas, la paralysie faciale manquait ; l'un des cas, enfin, présentait, outre une paralysie faciale du côté de la blessure, une ophtalmoplégie du côté opposé.

Ces observations confirment la moindre gravité du tétanos céphalique par rapport au tétanos habituel, car quatre d'entre eux guérirent ; le cinquième, celui qui s'accompagnait d'ophtalmoplégie, se termina par un tétanos généralisé mortel.

La gangrène gazeuse et le tétanos dans les formations de l'arrière. — Considérations intéressant les formations de l'avant.

Lyon chirurgical, mai-juin 1917.

Sur environ deux mille blessés que j'ai eu l'occasion d'observer, en 1915-1916, comme chirurgien de secteur dans une ville de l'arrière, j'ai vu treize cas d'infection gazeuse maligne à anaérobies et huit cas de tétanos.

A. — Sur les treize infections gazeuses malignes, dix fois les blessés furent débarqués par le train sanitaire avec leurs

accidents ; à cause de l'encombrement des ambulances de l'avant, ils avaient été évacués, en général, au bout de deux ou trois jours et avaient été insuffisamment traités. Certains présentaient d'ailleurs des plaies originelles, d'apparence tout à fait bénignes. Trois d'entre eux, retenus pendant huit jours à l'ambulance de l'avant, avaient été opérés parfaitement et suivis, et il n'est pas douteux que, lors de leur embarquement, ils ne présentaient aucun signe d'infection gazeuse ; celle-ci se développa pendant le voyage et si rapidement qu'à la descente du train, il n'y avait plus d'autre ressource que l'amputation.

Ces faits, publiés à une période où un certain flottement existait dans l'organisation du service de santé, établissaient la nécessité de n'évacuer les blessés de quelque importance qu'à une faible distance et par petites étapes.

B. — Les huit cas de tétanos me donnèrent quatre morts et quatre guérisons.

Parmi les cas qui guérirent, il y avait deux cas de tétanos partiel ; l'un d'eux était localisé aux membres supérieurs et s'accompagnait de contractures en flexion de toutes les articulations du membre blessé, avec redoublement convulsif très douloureux. Une injection de sérum, faite de façon à baigner le plexus brachial, eut pour résultat presque immédiat de diminuer considérablement la contracture et les redoublements convulsifs.

Mais la remarque la plus intéressante que je pus faire fut la suivante : dans tous les cas qui purent être radiographiés, on constata que le projectile n'avait pas été extrait.

Il y avait quelque intérêt, à cette époque, à signaler aux chirurgiens de l'avant que l'ablation systématique et immédiate de tous les projectiles de quelque importance s'imposait sans restriction.

La lutte contre le cancer utérin.

Thèse de Laroche, Lyon, 1910.

Cette thèse est un plaidoyer pour le diagnostic précoce du cancer utérin. Elle relate les efforts faits à cette époque par les Allemands et par les Suisses pour faire pénétrer dans le public la notion de la fréquence et de la gravité du cancer utérin. Elle préconise la nécessité d'un effort parallèle en France, effort qui s'est d'ailleurs développé largement depuis.

CRANE. — CERVEAU. — FACE.

Ostéo-périostite du maxillaire supérieur, consécutive à la chute tardive des molaires temporaires.

En collaboration avec le docteur Pont.
Lyon médical, 3 avril 1904.

Il s'agissait d'un malade adulte, présentant des accidents d'ostéo-périostiste du maxillaire supérieur, dus à une dent incluse. Comme toute la rangée des dents normales était au complet, on pouvait penser à l'existence d'un odontome ou d'une dent surnuméraire incluse. Mais l'interrogatoire attentif démontrait que les dents définitives n'étaient jamais sorties, il s'agissait donc de la persistance anormale d'une dent de lait, dans l'espèce d'une molaire temporaire, ce qui empêchait l'éruption de la dent définitive et détermina des accidents.

Abcès temporal d'origine otique. Trépanation. Guérison. Considérations cliniques et thérapeutiques.

En collaboration avec M. le professeur E. Villard.
Lyon médical, 22 février et 26 février 1905.

Le peu de netteté de la symptomatologie des abcès cérébraux d'origine otique et l'incertitude de la meilleure voie d'accès chirurgicale, au sujet de laquelle on discute encore aujourd'hui, légitimait ce travail.

A ce dernier point de vue, nos conclusions étaient les suivantes : dans tous les cas, intervenir d'abord sur la mastoïde et se laisser guider par les lésions qu'on suit de proche en proche, évacuer ainsi les abcès extra-duraux, s'il y a lieu.

Si l'on a diagnostiqué un abcès du cervelet, on évidera la paroi postérieure de l'antre et l'on arrivera dans la fosse cérébelleuse. Si, au contraire, un abcès du lobe temporal est probable, on ne cherchera pas à l'atteindre par la voie mastoïdienne, qui donne un accès trop difficile et trop étroit ; on trépanera directement la fosse temporale, à un ou deux travers de doigts au-dessus du conduit auditif externe ; on agrandira, si c'est nécessaire, cette trépanation vers le bas et par cette brèche on explorera le lobe temporo-sphénoïdal.

Le principal intérêt de notre observation, c'est que le malade opéré en plein coma guérit complètement et que sa guérison se maintenait encore six mois après ; les auteurs s'accordaient à dire, à ce moment, que chez les malades opérés dans le coma, l'échec était presque constant. Nous avions attribué ce succès à un drainage extrêmement prolongé. Nous préconisions donc cette pratique pour éviter les récidives, qui sont fréquentes, si l'on agit autrement.

Epilepsie jacksonienne remontant à la première enfance. Hémicrâniéctomie. Amélioration considérable et maintenue.

Société des sciences médicales de la Côte-d'Or, 1910 et 1920.

Il s'agit d'un cas d'épilepsie jacksonnienne dont les premiers symptômes se manifestèrent vers l'âge de deux ans et dont la nature ne pouvait être précisée par l'examen clinique. Le traitement médical avait été longtemps suivi et, malgré cela, les crises étaient de plus en plus fréquentes. Une large trépanation, découvrant la plus grande partie des circonvolutions de la face externe, me montra au niveau du tiers moyen de la frontale ascendante une plaque de dimension d'une pièce de 50 centimes, de couleur laiteuse, qui me parut être une cicatrice de la pie-mère et peut-être de l'écorce cérébrale sous-jacente. Je

ne la reséquai point et me contentai de laisser la dure-mère ouverte à son niveau et de la rabattre à la face externe du crâne à travers un des orifices de trépanation. Le volet ostéo-cutané fut remis en place.

Le résultat immédiat fut très bon, les crises disparurent, ainsi qu'une certaine sensation d'engourdissement de la main droite, que la malade éprouvait d'une façon constante avant l'opération. Mais les crises se reproduisirent au bout de six semaines. Cependant, elles furent beaucoup moins fréquentes et les signes subjectifs qui les accompagnaient (maux de tête, inaptitude au travail, tristesse), ne se reproduisirent pas.

Je suivis cette malade très longtemps et, dix ans après cette opération, je la présentai de nouveau à la Société des sciences médicales. Elle avait toujours des crises, mais rares, et ses parents se félicitaient toujours de l'avoir fait opérer.

Crânioplastie pour perte de substance du crâne.
Greffe osseuse empruntée à l'omoplate.

Société de chirurgie de Paris, 15 septembre 1926.
Rapporteur : M. Mauclaire.

Il s'agit d'une perte de substance du crâne des dimensions d'une pièce de 5 francs, au niveau de la région pariétale gauche chez un blessé de guerre. Les troubles fonctionnels étaient assez accentués et me décidèrent à combler le trou par une greffe osseuse.

Me servant d'un procédé employé par Mauclair, j'empruntais un greffon à la partie inférieure de l'omoplate et comme il entrait facilement dans l'orifice, mais qu'il tendait à être repoussé par les battements du cerveau, je le maintins en place par un treillis de crins de Florence, prenant leur point d'appui sur les parties molles et se croisant au-dessus du greffon.

Trois mois après, le blessé se déclarait extrêmement amélioré quant à ses troubles subjectifs. Mais il y avait eu, à plusieurs reprises, de petites crises caractérisées par un court éblouissement avec impossibilité de parler, sans perte de connaissance ni mouvements épileptiformes. La palpation du crâne révélait, au niveau de l'ancienne dépression, un plan résistant qui ne se différenciait pas des parties osseuses voisines.

Cette observation fut le point de départ d'un travail d'ensemble de M. Mauclair, où il passait en revue tous les procédés d'obturation des pertes de substance du crâne.

Mon observation apportait un élément d'appréciation dans le choix de ces procédés et je dois dire aujourd'hui qu'elle ne paraît pas en faveur du greffon pris sur l'omoplate, pas plus que de tout greffon d'os compact. Le greffon cartilagineux est certainement bien supérieur par sa plasticité, sa souplesse, sa parfaite tolérance et sa persistance indéfinie dans les tissus.

Mais le principe même de l'obturation des pertes de substances du crâne n'est-il pas lui-même aujourd'hui plus que discuté ?

Paralysie faciale traitée par la résection du sympathique cervical et les anastomoses musculaires.

Société des sciences médicales de la Côte-d'Or, 1920.

J'ai présenté, en 1920, à la Société des sciences médicales, une malade de vingt ans, atteinte de paralysie faciale périphérique complète, due à une ancienne fracture du rocher.

J'essayai d'abord d'intervenir sur le sympathique cervical, ainsi que l'a préconisé Leriche. Je reséquai le tronc nerveux au-dessous du ganglion cervical supérieur, sur une étendue de trois à quatre centimètres. L'effet sur la fente palpébrale fut immédiat et véritablement étonnant.

Le soir même de l'opération, la lagophtalmie avait disparu et l'aspect de la malade était complètement transformé; mais ce beau résultat ne se maintint pas longtemps à ce degré et, une huitaine de jours après, la lagophtalmie s'était en partie reproduite. Cet échec était dû sans doute à ce que j'avais reséqué la chaîne sympathique au lieu de reséquer le ganglion supérieur, comme Leriche l'a recommandé.

Dans un second temps, j'ai d'ailleurs réparé cet insuccès et me suis, en outre, attaqué à la commissure labiale.

En ce qui concerne la fente palpébrale, je corrigeai sa béance à l'aide d'un fil irrésorbable, introduit par une petite incision faite dans la région temporale et cheminant dans le tissu cellulaire jusqu'à la commissure de l'œil. L'anse de fil une fois serrée tirait la commissure en dehors et ramenait la fente palpébrale à des proportions plus esthétiques.

Quant à la commissure labiale, j'employai un procédé myoplastique, en utilisant un lambeau du masseter. J'eus là un échec complet, à cause d'un hématome qui fit lâcher les sutures.

Mais je reste persuadé que les procédés de choix dans les paralysies faciales sont ceux qui s'attaquent aux déformations elles-mêmes et essayent de les redresser par des froncements et des anastomoses musculaires.

Présentation d'une malade atteinte de fente congénitale du palais et opérée par un procédé spécial.

Société des sciences médicales de la Côte-d'Or.

J'ai employé, pour obturer une fente congénitale du palais, un procédé spécial que je crois susceptible de rendre des services dans les cas de fentes considérables, où les procédés habituels risquent d'échouer; il est inspiré de celui qui a été décrit par Murray en 1906, mais en diffère pourtant notablement.

Il consiste à tailler de chaque côté de la fente un lambeau quadrilatère dont le bord libre suit le rebord alvéolaire, et dont la base correspond au bord de la fente. Deux incisions perpendiculaires à la précédente finissent de délimiter ce lambeau qu'on sépare du squelette à la rugine de Trélat et qu'on bascule autour de sa charnière interne. Les deux lambeaux droit et gauche sont ainsi facilement amenés au contact et suturés l'un à l'autre ; l'étoffe est abondante et reconstitue un palais épais et solide. Les artères palatines postérieures ayant été sectionnées, on pourrait craindre que les lambeaux muqueux fussent mal irrigués ; il n'en est rien et ils se soudent, au contraire, solidement.

Mais la face inférieure buccale de ce nouveau palais n'est point recouverte de muqueuse ; aussi ai-je essayé d'appliquer sur elle la face cruentée d'un lambeau jugal pédiculé, espérant obtenir ainsi un palais tout à fait confortable et dont les deux faces seraient muqueuses. Mais ce lambeau jugal est difficile à tailler et ne s'appliquait pas assez étroitement sur les lambeaux palatins. Il se sphacela.

Je crois cependant qu'avec quelques artifices de technique, on pourrait obtenir assez facilement son application exacte. Ce lambeau-doublure n'est d'ailleurs pas indispensable et même réduit au temps uniquement palatin, le procédé que j'ai employé me semble intéressant à connaître.

Rhinoplastie par greffons cartilagineux.

Société de chirurgie, 21 mars 1927.
Rapporteur : M. Paul Moure.

Il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans, qui, à la suite d'un traumatisme, présentait un affaissement de l'arête nasale. L'ensellure du nez est assez légère, mais le sujet

est très préoccupé par cette déformation et demande avec insistance sa réparation.

L'intervention est pratiquée en février 1920, à l'anesthésie locale. Je prélève sur le rebord chondro-costal un fragment cartilagineux, taillé en forme de triangle. Il mesure cinq centimètres de long sur un centimètre de large en moyenne.

Par une petite incision verticale médiane, pratiquée entre les deux sourcils, je décolle la peau de la pyramide nasale à l'aide de ciseaux courbes jusqu'au lobule et sur une largeur juste suffisante pour placer le greffon. Celui-ci est introduit dans le décollement et la petite incision intersourcilière fermée par un point de suture.

Le résultat esthétique qui se maintient depuis sept ans, est remarquable par sa perfection : le nez a un profil grec impeccable.

Néoplasme étendu de la face, traité par le radium. Guérison.

Société des sciences médicales de la Côte-d'Or.
Janvier 1926.

Très vaste épithélioma cutané, ayant débuté dix-huit mois auparavant, et occupant presque tout le pavillon de l'oreille, toute la région préauriculaire et massétérine ; histologiquement, c'est un épithélioma malpighien mixte, plutôt du type baso-cellulaire.

Ce cas était absolument inopérable. Après ablation du lobule de l'oreille, il fut traité par le radium en applications extérieures : 50 millicuries furent détruits en dix jours. La malade fut présentée à la Société des sciences médicales complètement guérie. Cette guérison s'est maintenue depuis.

THORAX

Embolie de l'artère pulmonaire.
Opération de Trendelenburg. Mort au cours de l'opération.

Lyon chirurgical, 1er juin 1914.

Les opérations pour désobstruer l'artère pulmonaire embolisée sont très rares. Au moment où j'ai pratiqué celle dont on va lire le compte rendu, je n'en connaissais pas d'exemple en France. Je ne crois pas qu'il en ait été publié depuis.

Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans qui avait accouché quinze jours avant son entrée à l'hôpital. Les suites de couches avaient, paraît-il, été normales, mais cependant subfébriles pendant deux ou trois jours. Elle quitta la maternité au bout de huit jours.

Le 21 janvier, elle appelle un médecin en ville, parce qu'elle a de la température. Celui-ci trouve la malade avec 40°, un faciès infecté. Il n'existe à ce moment ni dyspnée ni rien qui attire l'attention du côté des poumons. Le ventre est un peu ballonné, de sorte que le médecin traitant fait le diagnostic d'infection puerpérale et envoie la malade à l'hôpital.

Quelques heures après l'entrée, la malade, qui était en train de manger, est prise brusquement d'une dyspnée très vive, s'accompagnant de pâleur de la face ; le pouls devient subitement très mauvais et l'interne de garde pense à une hémorragie interne.

Je vois la malade une demi-heure après le début des accidents : elle est extrêmement pâle ; le pouls est très petit et rapide, les extrémités sont froides. Les yeux, aux

pupilles largement dilatées, sont anxieux ; la dyspnée est très vive et il semble que la malade ait une véritable soif d'air. Cet état contraste singulièrement avec l'absence de cyanose et, au contraire, la pâleur très grande de la face et des muqueuses.

L'auscultation des poumons ne révèle rien d'anormal.

Je porte le diagnostic d'embolie de l'artère pulmonaire. Je fais d'abord administrer largement l'huile camphrée et la caféine, espérant que la situation va s'améliorer. Au bout d'une demi-heure, aucune tendance à l'amélioration ne se manifestant, il est évident qu'il s'agit d'une embolie grave. Le pouls devient de plus en plus petit et la malade est manifestement perdue, si on ne tente pas de désobstruer l'artère pulmonaire. C'est dans ces conditions que je me décide à intervenir, une heure environ après le début des accidents.

Anesthésie à l'éther. Incision en ⊏ dont la branche horizontale supérieure suit le trajet de la deuxième côte; la branche horizontale inférieure celle de la quatrième et dont la branche verticale est parallèle au bord gauche du sternum.

Pour aller plus vite, je passe délibérément à travers la plèvre, en modérant simplement l'entrée de l'air. Je constate alors que le poumon est beaucoup plus pâle qu'à l'ordinaire, ce qui me fait penser qu'il est vide de sang et ce qui me confirme dans mon diagnostic.

A ce moment, lorsque le pneumothorax est total, la respiration s'arrête ; les contractions cardiaques persistent encore quelques instants; je masse le cœur, mais bientôt toute contraction disparaît.

Je pense alors que le mieux est d'enlever le plus rapidement possible le caillot pour reprendre ensuite les manœuvres propres à rétablir les contractions cardiaques et les mouvements respiratoires.

J'ouvre donc le péricarde qui contient un peu de liquide

citrin et j'aborde l'artère pulmonaire à la partie supérieure du sac péricardique. Je mets une pince coprostatique sur l'origine de l'artère : j incise celle-ci à deux centimètres environ au-dessus de son origine et sur une étendue de deux centimètres J'engage dans la lumière des vaisseaux une grande pince courbe et du premier coup je retire un long caillot organisé. Je cherche s'il y en a d'autre; n'en trouvant point, je suture l'artère pulmonaire avec une fine aiguille de couturière et du fil de lin.

Cette suture faite, je reprends le massage du cœur en même temps que je fais pratiquer une injection de sérum artificiel, espérant que la combinaison des deux manœuvres ramènera les contractions cardiaques. N'obtenant aucun résultat, je fais l'injection de sérum dans le ventricule gauche, mais sans plus de succès.

Le caillot mesurait environ six à huit centimètres de longueur; il était organisé et était bifurqué à l'une de ses extrémités.

*
* *

Cette observation, malgré l'insuccès opératoire, m'a paru devoir être publiée, car loin de me détourner de l'opération de Trendelenburg, elle m'y engagerait plutôt, le cas échéant : l'impression que j'en ai gardé fut que, dans le cas particulier, c'était l'opération nécessaire, et la seule chance de salut; il me semble que dans certaines conditions cette opération doit être susceptible de parvenir au but qu'elle poursuit.

Dans le cas particulier, voici les réflexions que je me suis faites après l'opération :

Il eût fallu prendre peut-être un peu plus tôt la décision d'opérer.

Il eût mieux valu récliner la plèvre sans l'ouvrir, car

c'est le pneumothorax qui a précipité les événements et déterminé la mort.

L'incision de l'artère pulmonaire doit être petite : un centimètre doit suffire largement pour passer la pince et retirer le caillot.

Il faut établir parfaitement l'hémostase de l'artère pulmonaire : pour cela, la pince coprostatique ne doit pas être employée parce qu'elle dérape et qu'elle est trop brutale ; les petites pinces qu'on emploie ordinairement pour faire l'hémostase dans les sutures vasculaires et qui sont dans les arsenaux sont trop petites pour l'artère pulmonaire ; le mieux est sans doute de passer autour de l'artère un lien élastique qu'on arrête par une pince.

Insuffisance aortique consécutive à une blessure par éclat d'obus de la région cardiaque.

Société des sciences médicales de la Côte-d'Or, 1922.

Etant chirurgien de secteur de la 8e région, j'observai un malade qui, blessé par un éclat d'obus, ayant déterminé un séton tangentiel du thorax dans la région cardiaque, présentait une insuffisance aortique. Cette lésion était bien tolérée et n'avait jamais été remarquée auparavant.

Cette observation soulève le problème de la relation de cause à effet entre la lésion valvulaire et le traumatisme. Je pense qu'il s'agissait d'une insuffisance aortique latente et ignorée ; les observations d'insuffisance aortique réellement traumatique sont d'ailleurs toutes discutables.

Etude critique sur le traitement des pleurésies purulentes aiguës. La pleurotomie suivie de siphonage de la plèvre.

Société des sciences médicales de la Côte-d'Or, 1922.

Après avoir passé en revue les différents traitements des pleurésies purulentes aiguës, je me rattache, dans cet

article de vulgarisation, au siphonage de la plèvre que je réalise avec un drain de Cavaillon. Une sonde de Nélaton, passant dans le pavillon de ce drain, permet les lavages de la cavité pleurale que j'emploie habituellement.

Tumeur du sein récidivée au bout de dix-huit ans.

Société de chirurgie de Lyon, 1906.

RACHIS

—

Les opérations ankylosantes dans le mal de Pott.
(Technique opératoire.)

Thèse de Yvert, Lyon, 1923.

Ce travail qui se base sur cinq de mes observations, étudie et précise une technique que j'ai employée fréquemment au début de ma pratique de l'opération d'Albée. Cette technique se rapproche beaucoup de celle de Radulesco et consiste, les apophyses épineuses ayant été fendues sur toute leur hauteur, à rabattre chaque moitié dans la gouttière correspondante et à recouvrir la partie rabattue avec un lambeau ostéo-périostique à la Delageunière.

Ce procédé donne son maximum de largeur au lit de la greffe et permet un adossement intime de tissus spongieux, qui paraît particulièrement favorable à la reprise et à l'évolution du greffon. Il permet, en outre, de réduire un peu la partie apparente de la gibosité. Pour juger la valeur de ce procédé, il faudrait comparer ses résultats éloignés avec ceux que donnent les autres techniques. C'est un travail qu'il ne m'est pas possible de faire encore.

Attitude vicieuse permanente et réductible de la tête, consécutive à une scoliose dorso-lombaire congénitale. — Greffe de deux segments de péroné placés en attelle dans les gouttières vertébrales de la nuque. — Bon résultat orthopédique.

Société de chirurgie de Paris, 18 février 1920.
Rapport du professeur Tuffier.

Le traitement chirurgical des scolioses graves reste une des questions les plus ardues de l'orthopédie. J'ai, en

1919, donné une indication qui ne peut qu'exceptionnellement trouver son application dans les scolioses ordinaires, mais qui, par contre, mérite d'être étudiée dans certains cas spéciaux, notamment dans les scolioses paralytiques.

Une enfant de sept ans présentait une scoliose congénitale dorso-lombaire énorme et irréductible. Le rachis cervical continuait en direction la partie supérieure de la courbure dorsale et s'inclinait à gauche sans tendance au redressement de compensation. La tête était donc très fortement inclinée à gauche et l'oreille gauche venait se mettre en contact avec l'épaule. Il n'y avait pas de rotation de la tête, mais seulement de l'inclinaison latérale. Contrairement aux attitudes vicieuses des autres parties du rachis, celle de la colonne cervicale était parfaitement réductible.

J'intervins pour fixer en rectitude le rachis cervical, sans toutefois l'ankyloser complètement. Pour cela, je m'adresse à l'opération d'Albée modifiée. Je place deux greffons péronéaux dans les gouttières latéro-vertébrales cervicales, de façon à former attelle de chaque côté des apophyses épineuses. Ces attelles étaient d'ailleurs assez souples pour ne pas donner à la colonne cervicale une rigidité absolue. Cette technique se rapprochait de celle employée vers la même époque (1919) par Dujarrier pour le mal de Pott ; il met, lui aussi, les greffons dans la gouttière vertébrale, mais emploie un greffon pris sur le tibia.

A la suite de cette opération, l'enfant tint sa tête parfaitement droite et cet excellent résultat fut vérifié sans changement six mois après.

M. Mauclair pense que ce procédé peut rendre de grands services dans les scolioses réductibles ; Albée lui-même aurait d'ailleurs rapporté dans des cas de ce genre quelques bons résultats de son opération.

GLANDES SALIVAIRES. — COU. — CORPS THYROÏDE.

Parotidite à répétition avec rétention chronique de la salive. — Opérations de Leriche (arrachement du bout central de l'auriculo-temporal).

Société de chirurgie de Paris, mai 1923.
Rapporteur : M. Okinczyck.

Ce malade, véritablement curieux et difficile à classer dans la nosologie des affections parotidiennes, était un homme de quarante ans, sans maladie antérieure. Depuis l'enfance, il présente un phénomène singulier : à chaque instant, dans la région du prolongement antérieur de la parotide, se produit une tuméfaction légère s'accompagnant d'une certaine gêne et d'un afflux de salive qui fait baver le malade. Il appuie alors très légèrement avec la main sur cette tuméfaction, la salive arrive à flots dans la bouche et la gêne disparaît. Ce phénomène se reproduit dix à vingt fois par heure et le malade vide sa tumeur d'un geste machinal et sans même s'en apercevoir. Après les repas, il diminue de fréquence ; la nuit, la salive s'écoule de la commissure et le malade est obligé de mettre un mouchoir pour la recueillir.

Depuis quatre mois, un fait nouveau s'est produit à trois reprises ; il survint un gonflement parotidien beaucoup plus considérable avec température et difficulté d'ouvrir la bouche et de manger ; l'affection prise pour les oreillons, se résolut chaque jour spontanément : du pus arrivait dans la bouche par le canal de Sténon ; la guérison se produisait alors en une huitaine de jours.

A l'examen, on trouve dans la région du prolongement antérieur de la parotide gauche en avant, et un peu

au-dessous du tragus, une petite tuméfaction à contours flous, variable d'un moment à l'autre. A l'examen de la bouche, on voit l'orifice du canal de Sténon un peu rouge et laissant sourdre une goutte de salive. Si, à ce moment, le malade appuie sur sa tuméfaction, un jet important de salive s'écoule par l'orifice.

La palpation ne révèle pas de calcul salivaire. La radiographie ne montre rien d'anormal.

Intervention (1918) : anesthésie générale. Cathétérisme du Sténon avec un stylet, puis une bougie fine. Celle-ci pénètre très loin, mais on ne sent aucun corps étranger. On pratique alors l'arrachement du bout central du nerf auriculo-temporal.

Dès l'opération, les symptômes accusés par le malade du côté de la salive ont complètement disparu.

Quatre mois après l'opération, il n'est plus gêné par la salive la nuit, il n'est plus obligé d'appuyer sur la joue pour faire circuler la salive dans la bouche. Il y a eu encore un petit incident inflammatoire semblable aux précédents, mais beaucoup moins important et sans température.

Quatre ans après l'opération, le malade écrit : « Ce qui fut ma maladie est devenu une chose à peu près insignifiante. Je n'appuie pour ainsi dire plus sur la joue pour faire couler la salive ; par les temps très froids, je ressens seulement de temps en temps une légère douleur qui me gêne un peu pour ouvrir la bouche. Je n'ai plus eu d'abcès. »

En présence de ce curieux malade, quel diagnostic fallait-il faire ? J'ai éliminé successivement l'hypothèse d'une sténose congénitale du canal de Sténon, d'un calcul salivaire, d'une sialodochite qui aurait amené un certain degré de sténose du canal, pour accepter l'idée émise par Leriche, dans une observation publiée postérieurement à la mienne et qui a avec elle beaucoup de ressemblance.

Leriche admet chez son malade l'existence d'une véritable dystrophie des tissus élastiques et musculaires des conduits excréteurs de la parotide.

Quoi qu'il en soit, l'énervation de la glande eut un résultat des plus remarquable. Elle guérit d'ailleurs aussi le malade de Leriche, qui a recommandé depuis longtemps l'arrachement du bout central du nerf auriculo-temporal dans les fistules du canal de Sténon et de la parotide et dans la siaborrhée des aérophages et du cancer de l'œsophage.

Cancer de la parotide. — Curiethérapie. Présentation de malade.

Société des sciences médicales de la Côte-d'Or, 1921.

Certains cancers parotidiens semblent spécialement radio-sensibles. J'ai eu l'occasion, en 1920, d'en traiter un par le radium.

Il s'agissait d'une tumeur certainement maligne, car il existait des douleurs extrêmement vives et une paralysie faciale. Malheureusement, je n'ai pu faire l'examen histologique. Deux tubes de 50 milligrammes de bromure de radium furent enfoncés dans la tumeur et laissés en place vingt-quatre heures. En même temps, je profitai de l'anesthésie pour sectionner le nerf auriculo-temporal.

Le soulagement fut immédiat. En outre, la tumeur diminua rapidement. Au bout de deux mois, elle avait à peu près disparu. Quatre mois après, il n'existait plus ni tumeur ni douleur et l'état général, auparavant très affaibli par les nuits d'insomnie, s'était beaucoup relevé ; mais la paralysie faciale persistait. Depuis je n'ai plus revu la malade, mais je sais qu'elle mourut environ un an après.

Tumeur maligne de la parotide. — Envahissement du cerveau à travers la base du crâne. — Généralisation pleuro-pulmonaire.

Lyon médical, 1903.

Très curieuse observation d'un épithélioma glandulaire parotidien, vérifié histologiquement, qui respectait les parties périphériques de la glande, au point de ne pas donner lieu à une paralysie faciale, mais qui, par contre, envahissait les parties profondes et le prolongement pharyngien. Poussant ses prolongements dans l'espace sous-glandulaire, elle avait pénétré dans le crâne à travers la grande aile du sphénoïde et envahissait le lobe temporal du cerveau.

Une hémiplégie gauche complète, portant sur les membres et sur la face, avec intégrité du facial supérieur, traduisait cliniquement l'envahissement du cerveau. De sorte que ce cancer parotidien s'accompagnait d'une paralysie faciale du côté opposé.

Cet aspect clinique paradoxal et la rareté de la propagation au cerveau dans les cancers parotidiens rendaient ce cas particulièrement curieux.

Tumeur intercarotidienne. — Extirpation.
Résection de la fourche carotidienne. — Guérison.

Société de chirurgie de Paris, novembre 1925 ; Rapporteur : M. Lenormand.
Thèse de Jean Dubard, Lyon, 1925.

J'ai eu l'occasion d'opérer, en 1923, une tumeur de la glande carotidienne. Comme il arrive souvent pour ce genre de tumeur, je n'avais pas fait le diagnostic clinique. C'est à l'opération que je reconnus la nature de la tumeur. En essayant d'isoler celle-ci, j'ouvris accidentellement la carotide primitive ; je me vis donc obligé de continuer

l'opération en reséquant la tumeur, ce qui entraîna la résection de la fourche carotidienne.

J'eus l'heureuse satisfaction de voir guérir ma malade qui, âgée de trente-sept ans, n'eut aucun phénomène paralytique ni cérébral.

Le professeur Masson eut l'obligeance d'examiner la tumeur et me remit un protocole histologique très complet, qui est publié tout au long, avec la photographie des coupes, dans la thèse de Jean Dubard.

Le traitement des tumeurs carotidiennes doit tenir compte de deux faits : 1° ces tumeurs sont très généralement bénignes. On dit couramment qu'elles sont assez souvent malignes ou, en tous cas, qu'elles peuvent dégénérer. En réalité, sur une centaine de cas que Dubard a colligés, il n'eñ a trouvé que deux où la malignité était bien établie. 2° Il peut arriver que la tumeur soit énucléable, mais ce n'est pas la règle et vouloir reséquer à tout prix une tumeur carotidienne, c'est s'engager dans une opération dont on ne peut à l'avance prévoir l'étendue, et qui peut entraîner à des sacrifices vasculaires extrêmement graves.

Ces considérations m'ont amené donc à proposer la ligne de conduite suivante :

Si le diagnostic de tumeur carotidienne est rendu certain par la netteté des symptômes (tumeur datant de longue date, mobile, bien limitée, de consistance mollasse, indolore, animée de battements transmis, ne s'accompagnant pas de retard du pouls de la temporale), on ne doit pas opérer.

Mais ces cas sont rares ; souvent le diagnostic clinique est incertain, on hésite entre une tumeur du corpuscule, un anévrisme, un branchiome ; il faut alors intervenir. L'incision exploratrice large, en montrant les rapports généralement intimes avec les carotides, permettra presque toujours d'établir le diagnostic.

Si la tumeur adhère peu aux vaisseaux et que l'ablation paraisse pouvoir être effectuée sans risque de léser les vaisseaux carotidiens principaux, on pourra enlever la tumeur.

Dans le cas contraire, qui est fréquent, on pourrait, suivant la technique proposée par Lecène, sacrifier délibérément la carotide externe et ses branches, puis enlever la tumeur en sculptant les vaisseaux dans la masse et en faisant l'impossible pour respecter la voie carotidienne principale. Mais cette technique me paraît difficile dc mener à bien. A mon avis, il est plus sage de battrc en retraite et de fermer la plaie en laissant la tumeur, si vexant que cela puisse paraître pour l'amour-propre du chirurgien.

Dans les cas très rares où la malignité de la tumeur sera établie, soit par la clinique, soit par l'intervention, on devra procéder à l'ablation large. Alors, il n'y aura plus rien à respecter, et conscient des dangers qu'il fait courir à son malade, le chirurgien reséquera si nécessaire le trépied. Il ajoutera à cette résection celle du ganglion supérieur du sympathique, et, si la chose est possible, l'anastomose de la carotide externe avec l'interne.

Dans un cas semblable d'ailleurs, il faudrait peut-être essayer la radiumthérapie par foyers extérieurs avant de se décider à l'intervention.

Myxœdème atrophique infantile.
Greffe thyroïdienne de mouton.

Bourgogne médicale, juin 1907.

Vers 1880, lors des premières études sur le myxœdème, les greffes de corps thyroïde animal furent tentées chez l'homme par plusieurs chirurgiens (Kocher, Lannelongue, Bethencourt). Puis la question fut abandonnée. Elle fut reprise, les premières annécs de cc siècle, par Payr et par Kocher.

Ce sont ces travaux qui m'incitèrent à essayer, chez un enfant myxœdémateux, la greffe d'un fragment de corps thyroïde, prélevé sur une brebis vivante. Je le déposai dans le tissu cellulaire sous-péritonéal du malade. La greffe fut bien tolérée et le malade sembla s'améliorer.

Les connaissances acquises depuis sur l'avenir des greffes hétéro-plastiques ont fait perdre beaucoup d'intérêt à ces tentatives de greffe animale.

Thyroïdite suturée métastatique, compliquant un phlegmon diffus du membre supérieur.

Société des sciences médicales de la Côte-d'Or, 1908.

La rareté de la localisation thyroïdienne, au cours d'une infection pyohémique, m'engagea à publier ce cas exceptionnel où, dans le décours d'un phlegmon diffus de la main et de l'avant-bras, évolua, une thyroïdite subaiguë n'entraînant qu'une élévation de température modérée et retentissant peu sur l'état général. Le lobe droit du corps thyroïde avait acquis le volume d'une pomme, les contours étaient nets, sans aucun empâtement, sa consistance rénitente ; aucune rougeur ni aucun œdème de la peau.

A l'opération, l'abcès était tout entier collecté sous la capsule thyroïdienne et rien dans l'aspect extérieur de la glande, ni dans les tissus mous qui la recouvraient, ne décelait la suppuration. On aurait dit inciser un kyste thyroïdien. Cet abcès, une fois incisé, la guérison fut rapide.

Goitre à métastase.

En collaboration avec P. Masson.
Société de chirurgie de Paris, 27 novembre 1918.
Rapporteur : Pr Hartmann.

J'ai apporté là avec Masson un de ces cas de goitre métastatique, où la tumeur primitive avait complètement

passé inaperçue et où le diagnostic fut révélé d'une façon tout à fait inattendue par l'examen histologique.

Il s'agissait d'une grosse tumeur de la région costo-iliaque gauche, qui se développait depuis deux ans. Je l'enlevai. La douzième côte, refoulée en bas par la tumeur, prenait presque contact avec la crête iliaque; la onzième se perdait dans l'épaisseur du néoplasme; la dixième affleurait son bord supérieur. L'ablation de la tumeur entraîna l'ablation de ces trois côtes, à partir de l'articulation costo-transversaire, ce qui ouvrait largement la cavité pleurale dans laquelle la tumeur faisait une forte saillie.

L'examen de la pièce me fit croire que j'étais en présence d'un sarcome, mais Masson, qui examina la pièce, trouva qu'il s'agissait d'un adénome thyroïdien d'une forme intermédiaire entre le type fœtal et le type colloïde.

Surpris par ce résultat inattendu, je réexaminai le malade et trouvai, en effet, un petit goitre du lobe gauche nodulaire, bien limité et ne présentant aucun signe de malignité.

Le malade mourut quelque temps après d'une nouvelle métastase, localisée au rachis.

C'est une observation-type de goitre métastatique. De nombreux cas en ont été observés et j'en ai moi-même vu d'autres cas depuis. Mais, dès l'époque de cette publication, M. Pierre Masson attirait l'attention sur le nombre exceptionnel des figures kariotinétiques, qui n'existent pas dans les adénomes ordinaires et qui sont susceptibles de faire reconnaître à l'histologiste la véritable nature maligne d'un goitre bénin seulement en apparence. Ces figures de kariokinèse étaient précisément très nombreuses dans notre observation.

PÉRITOINE. — ÉPIPLOON.

Les modifications anormales du pouls dans les syndromes péritonéaux.

Thèse de Cabanne, Lyon, 1911.

Lorsqu'on étudie la symptomatologie des affections péritonéales, on parle toujours de l'accélération du pouls. Cette accélération a bien, en effet, l'importance diagnostique et pronostique que l'on connaît, mais on peut observer d'autres modifications du pouls, *le ralentissement* surtout, qui, pour être plus rares, n'en sont pas moins intéressantes à connaître. Je les ai fait étudier par Cabanne dans sa thèse.

On trouve assez fréquemment le ralentissement du pouls dans l'appendicite à toutes les périodes, mais on peut le trouver dans tous les états péritonéaux et notamment dans les grossesses extra-utérines rompues. Ces faits signalés avant moi par Kahn, puis par Broca, ont été tout récemment l'objet des travaux de Sauvé et Jeanneney.

Il m'a semblé qu'on les observait plus fréquemment chez les jeunes. En tous cas, je ne partage pas l'opinion de Kahn, qui voit dans le ralentissement du pouls, au cours de l'appendicite, un signe de gangrène de l'appendice ; mais je crois, au contraire, à la signification pronostique plutôt favorable de la bradycardie. C'est pour moi un signe de réaction péritonéale bénigne.

LE DRAINAGE DANS LES PÉRITONITES

1° De l'évacuation des liquides septiques et du fonctionnement des tubes à drainage dans les péritonites purulentes généralisées.

Thèse de Goudet, Lyon, 1912.

2° Cinq cas de péritonite purulente libre, traités par l'ablation de l'agent causal, et suivis de fermeture du ventre sans drainage.

Société de chirurgie de Paris, 23 avril 1913.
Rapporteur : Pr Hartmann.

3° Faut-il supprimer le drainage dans les péritonites ?

Perrault, thèse de Lyon, 1922.

La question du drainage du péritoine est un problème capital et toujours actuel de la chirurgie abdominale, puisque le Congrès de chirurgie l'a mis cette année à l'ordre du jour.

En 1911, j'ai fait étudier par mon élève Goudet les conditions de l'évacuation des liquides septiques, épanchés dans la cavité péritonéale, par les tubes à drainage. Des expériences faites sur des animaux vivants et sur le cadavre, répétant et complétant celles restées classiques de Delbet, nous ont montré : 1° que les drains antérieurs n'évacuent rien où qu'ils soient placés ; 2° que les seuls drains susceptibles de fonctionner sont les drains déclives ; 3° que l'emplacement optimum de ces drains est variable suivant la position du sujet. En position horizontale, les points déclives sont au nombre de trois : le Douglas et les deux fosses lombaires. En position de Fowler accentuée, le Douglas seul suffit pratiquement à assurer l'écoulement au point déclive. En position de Walter, la fosse iliaque n'est pas suffisamment déclive pour tout évacuer. 4° Le ventre étant ouvert et les trois drains déclives lombaires et péritonéal étant en place, la vidange de la cavité abdominale est assurée d'une façon parfaite et sans aucune autre manœuvre que la mobilisation légère des anses intestinales. 5° Le ventre une fois fermé, le drainage déclive est bien le plus apte à fonctionner, mais il ne fonctionne ni sûrement, ni complètement à cause de l'accolement des anses et du compartimentage de l'abdomen qui en résulte.

Nos déductions pratiques étaient les suivantes : dans les péritonites purulentes généralisées, le meilleur procédé pour évacuer les liquides, *au cours de l'opération*, consiste, une fois le ventre ouvert, à pratiquer trois incisions : une dans le Douglas, les deux autres dans chaque fosse lombaire.

L'écoulement des liquides septiques *après l'opération* est très difficile à assurer; le mieux est de placer des drains qui, entrant dans l'abdomen par les trois incisions susdites, se dirigent dans différentes directions. C'est le triple drainage déclive lombaire et périnéal, qui est toujours indispensable, quelle que soit la position donnée au malade.

Cependant, ce drainage déclive ne fait que réaliser les conditions les plus favorables pour l'évacuation ultérieure des liquides septiques et il est certain qu'il cesse bientôt de fonctionner.

Toute l'attention du chirurgien doit donc se porter, la cause une fois enlevée, sur l'évacuation immédiate, dont il peut seul répondre et qu'il fera aussi complète que possible en tenant compte des points déclives. Il emploiera néanmoins ensuite le drainage qui, même s'il ne fonctionne pas, ne peut avoir d'inconvénients.

Ces conclusions devaient logiquement me conduire à essayer de me passer complètement du drainage. Aussi, en 1913, je présentai à la Société de chirurgie cinq cas de péritonite suppurée libre, traitées et guéries par l'ablation de la lésion causale, suivie de fermeture du ventre sans drainage. Ces cinq observations comprennent quatre appendicites et une péritonite d'origine salpingienne.

C'est certainement la péritonite appendiculaire qui a été le plus souvent fermée sans drainage. En 1911, Hartmann et Témoin recommandaient, dans certains cas, cette pratique. On sait que depuis, en 1920, Ombredanne a fait à la Société de chirurgie une remarquable communication, où il la conseille dans presque tous les cas.

Les péritonites non appendiculaires ont été beaucoup plus rarement fermées sans drainage. J'ai rapporté le cas d'un double pyosalpinx avec péritonite suppurée et pus fétide libre dans le ventre. Je fis l'hystérectomie que je terminai par réunion complète de la paroi et simple drainage sous-cutané. La malade guérit.

Il y a dans cette façon de faire, quand elle est systématique, une exagération manifeste. J'ai eu, ultérieurement, en continuant à ne pas drainer, outre des suppurations graves de la paroi, des suites compliquées qui peut-être eussent été évitées par le drainage. Je les ai rapportées dans la thèse de Perraut et je me suis rangé finalement à la pratique du drainage restreint.

La fermeture sans drainage n'en a pas moins été pour moi une étape nécessaire. Il fallait que les chirurgiens se rendissent compte de la valeur du drainage et apprennent que son action thérapeutique doit être reléguée bien loin derrière l'ablation de la lésion causale.

Réaction péritonéale aiguë simulant la péritonite par perforation au cours du paludisme.

En collaboration avec M. Trémolières (de Paris).
Paris médical, 1919.

Un paludéen chronique peut présenter assez brusquement un syndrome péritonéal extrêmement alarmant et capable de simuler la péritonite par perforation. Voilà un fait peu connu, que M. Trémolières et moi avons eu l'occasion d'observer chez un soldat évacué d'Orient, qui avait été pris subitement de douleurs abdominales avec vomissements. Je le vis le lendemain avec un état de collapsus et une réaction de défense de la région sus-ombilicale qui me firent porter le diagnostic de péritonite libre probablement due à une perforation gastrique.

Ce malade n'évita la laparotomie qu'à cause du retard fortuit apporté à son évacuation.

A l'arrivée dans mon service, en effet, l'état s'était légèrement amélioré. L'intervention fut alors différée et le malade étroitement surveillé. Petit à petit, l'état général se modifia et la réaction de défense disparut en persistant néanmoins très longtemps dans la région sous-hépatique. Ultérieurement, cette contraction elle-même finit par disparaître et on put sentir alors un foie très volumineux et une rate hypertrophiée.

Le malade était un paludéen secondaire en activité, ainsi que le prouvèrent les accès fébriles qu'il présenta à plusieurs reprises pendant sa convalescence. Il devenait donc naturel de rattacher au paludisme les accidents observés. Cela est d'autant plus légitime que des accidents analogues ont été signalés dans le paludisme primaire par les médecins de l'armée d'Orient, qui ont observé notamment des pseudo-péritonites appendiculaires pour lesquelles l'intervention fut envisagée ou même réalisée.

Les kystes primitifs du grand épiploon.

Thèse de Guérin, Lyon, 1910.

Chez une malade de cinquante-cinq ans que j'opérai pour kyste de l'ovaire, je trouvai une tumeur à parois blanchâtres un peu adhérente à la grande courbure de l'estomac et entourée par le grand épiploon, qui l'enserrait complètement dans ses mailles. Après avoir séparé la tumeur de la grande courbure et de l'épiploon, je pensai la voir rattachée à un pédicule ovarien ; mais elle sortit du ventre sans être retenue aux annexes. Celles-ci et l'utérus étaient d'ailleurs sains. L'examen histologique fait par Savy dit : endothéliome.

A propos de ce cas exceptionnel, je fis faire à Guérin une revue générale des kystes du grand épiploon, en me limitant aux kystes non parasitaires.

ESTOMAC.

Une incision en volet dominant un large abord sur l'estomac.

Société de chirurgie de Lyon, 1922.
Congrès de chirurgie, 1922.
Thèse de Roclore, Lyon, 1922.

Lorsque, sans diagnostic précis, j'interviens pour une lésion de l'étage susmésocolique, j'emploie avec avantage une incision en ogive dont la corde est une ligne horizontale passant par l'ombilic et dont le point culminant passe un peu au-dessous de l'appendice xyphoïde. Ce trajet n'est pas seulement cutané ; les muscles de la paroi abdominale sont coupés suivant le même trajet et je taille ainsi dans la paroi abdominale un volet, dont la charnière passe à peu près par l'ombilic. Il se rabat facilement et lorsqu'on a sectionné le ligament rond, l'estomac se présente de lui-même dans toute sa largeur.

Le jour obtenu est considérable, non seulement sur l'estomac, mais aussi sur les hypochondres droits et gauches, sur les voies biliaires et la face inférieure du foie. Malgré ce jour très grand, la masse intestinale vient buter contre la paroi intacte, qui forme la base du volet et ne cherche pas à sortir du ventre.

La réparation de cette brèche est facile et très solide, car les lèvres de la plaie viennent en contact sans effort et sans que les contractions de la sangle abdominale cherchent à les écarter.

Cette incision m'a paru intéressante, soit pour les grandes interventions sur l'estomac, soit dans les cas où le diagnostic imprécis hésite entre les différents organes de l'étage susmésocolique.

Rien n'est simple d'ailleurs comme la prolongation de cette incision suivant le profil des fausses côtes, soit à droite, soit à gauche, pour découvrir, soit le rein, soit la rate.

Adénome malin du pylore. — Symptomatologie d'ulcère. Pylorectomie.

Archives des maladies de l'appareil digestif, et de la nutrition, 1922.
En collaboration avec L. Deguignand.

Il s'agissait d'une jeune femme, qui avait été opérée un an auparavant pour sténose pylorique. On avait trouvé un ulcère calleux du pylore et on avait fait une gastro. Après avoir été soulagée pendant quelques mois, la malade recommençait à souffrir. J'intervins ; trouvant encore au niveau du pylore une induration très importante, je fis une pylorectomie. Il s'agissait d'une tumeur du volume d'une noix, non ulcérée, de consistance fibreuse, d'aspect papillomateux, qui, faisant saillie dans la cavité de l'antre, et rattachée à la paroi gastrique, par un assez large pédicule, oblitérait presque complètement l'orifice pylorique. A la coupe, elle était de consistance ferme et n'éveillait aucune idée de malignité. L'examen histologique, contrôlé par Pierre Masson, montra cependant qu'il s'agissait d'un adénome en voie de transformation maligne.

Cette observation pourrait contribuer à établir la supériorité de la gastrectomie sur la simple gastro dans les ulcères indurés du pylore. Malheureusement, jusqu'à présent, la gastrectomie est dans la main de presque tous les chirurgiens notablement plus grave que la gastro et, d'autre part, tous les ulcères calleux n'étant pas des cancers, un grand nombre d'entre eux sont définitivement guéris par cette opération bénigne.

A mon sens, il est impossible de résoudre par une formule un problème aussi complexe et dont les données

sont si imprécises. Parmi ces données, il en est une, la gravité de la gastrectomie, qui est encore plus variable que les autres, puisqu'elle dépend beaucoup de l'expérience technique de l'opérateur. C'est pourquoi je pense que, la supériorité théorique de l'ablation étant reconnue, chaque chirurgien devra, dans chaque cas particulier, se décider ou pour l'ablation ou pour l'anastomose, en tenant compte, d'une part, des présomptions de malignité de la lésion (toujours très difficile à apprécier), d'autre part et surtout, de la gravité qu'il aura conscience de donner à l'acte opératoire.

Traitement d'urgence des hémorragies gastriques graves par la jéjunostomie.

Archives franco-belges, 1923.
Thèse de Menu, Lyon, 1923.

Il existe un moyen peu connu et surtout peu employé pour arrêter les hémorragies gastriques graves par leur abondance et leur répétition, et où le traitement médical essayé loyalement est impuissant : c'est la jéjunostomie ; tout en mettant l'estomac complètement au repos, elle permet d'alimenter le malade. Il ne faut pas hésiter à l'employer, lorsque, malgré la diète et le repos absolu, l'estomac continue à saigner et que, de ce fait, la situation va devenir grave ; je suppose d'ailleurs qu'elle l'est déjà suffisamment pour ne plus permettre l'ablation de la lésion qui saigne.

Ce qui fait que, dans ces conditions, le chirurgien opère rarement, c'est qu'il n'avait pas jusqu'ici d'opération bien séduisante à proposer, d'opération susceptible d'arrêter facilement et sûrement l'hémorragie. Si nous avions, au contraire, une opération simple et peu grave, ayant beaucoup de chance de faire cesser l'hémorragie, tout en permettant au malade de recommencer à s'alimenter, il

est probable que l'indication opératoire se poserait assez souvent.

Or, parmi les opérations proposées, l'hémostase directe n'est guère réalisable dans les conditions où nous nous plaçons, malgré ce qu'en disent Cazin et Huguier. La gastro, on le sait, est tout à fait infidèle ; reste la jéjunostomie, que mon maître, M. Bérard, appliqua en France pour la première fois dans des cas de ce genre.

C'est pour vulgariser ce procédé que j'ai publié trois observations, qui sont trois succès. Mon travail, il est vrai, ne tient pas compte d'un nouvel élément apporté dans la question et que ma pratique personnelle ne me permet pas encore de juger dans le cas particulier, je veux parler de la transfusion.

Le traitement de l'ulcère de la petite courbure par la résection falciforme de cette courbure, suivie de suture longitudinale.

Thèse de Pierre Jourdy, Lyon, 1925.

Entre l'excision et le Balfour, opérations certainement trop économiques, d'une part, et, d'autre part, la gastropylorectomie qui peut paraître exagérée, y a-t-il place pour une opération intermédiaire : la résection localisée à toute la région qui avoisine l'ulcère ? C'est l'opération que recommandent les rapporteurs du Congrès de chirurgie de 1920, Duval et Delagenière. Je l'ai cru au moment où j'ai inspiré la thèse de Jourdy.

C'est un travail qui cherche à préciser la meilleure technique à employer pour réaliser l'ablation des ulcères de dimensions moyennes, c'est-à-dire de ceux qui n'envahissent pas largement les faces ou ne les rétractent pas au point d'imposer une résection au minimum médio-gastrique.

Dans ces conditions, il m'avait paru que, la forme et l'étendue de la résection étant évidemment commandées

par la forme et l'étendue de la lésion, on devait chercher à étendre cette résection dans le sens de la petite courbure, particulièrement exposée aux ulcères : c'est la résection de la *Magenstrasse* des Allemands. Elle crée une perte de substance elliptique éminemment propre à reconstituer la voie gastrique. Pour que cette reconstitution soit morphologiquement convenable, il faut que la suture soit faite dans le sens du grand axe de l'estomac, c'est-à-dire par des points faits d'arrière en avant.

Ce procédé, qui déforme au minimum l'estomac, est le plus physiologique ; il a, en outre, l'avantage, ainsi que l'a montré Hartmann, d'être d'une exécution beaucoup plus facile que la réunion transversale (par rapport au grand axe de l'estomac).

Dans la thèse de Jourdy, je me demandais s'il fallait joindre une gastro à la résection ainsi faite. Fallait-il suivre l'avis de Duval, qui ne la conseillait pas à ce moment, ou celle de Témoin, qui la croyait indispensable ? Depuis la rédaction de cette thèse, l'examen de mes résultats éloignés m'a montré qu'avec ou sans gastro complémentaire, les résections localisées donnaient presque toujours de mauvais résultats. En effet, sur neuf cas de résections partielles. j'ai eu sept récidives. Les résultats seront d'ailleurs publiés prochainement.

Cette considération fait perdre beaucoup d'intérêt au travail de technique opératoire que j'ai inspiré à Jourdy.

INTESTIN-RECTUM.

Etude du segment d'intestin sus-jacent à une sténose intestinale.

Thèse de Lyon, 1906.

J'ai étudié dans ma thèse les modifications anatomiques et histologiques que présente l'intestin au-dessus d'une sténose de quelque nature qu'elle soit.

Les anses subissent toujours une *dilatation,* dont les modalités variables dépendent surtout de la nature et du siège de la sténose. Le cœcum présente une remarquable disposition à la surdistension.

La paroi intestinale du segment dilaté est le plus souvent épaissi.

Dans les rétrécissements qui se constituent rapidement, cet *épaississement* œdémateux, mou, accompagné de congestion intense, est dû à une infiltration aiguë à la fois mécanique et infectieuse.

Dans les sténoses chroniques, l'épaississement est au contraire dur, rigide, cartonneux. Il n'est dû que pour une part infime à l'hypertrophie musculaire et relève d'une infiltration chronique de nature variable : dans la tuberculose, c'est une infiltration spécifique ; dans le cancer, c'est une infiltration banale.

Au-dessus des sténoses, l'intestin peut présenter des *ulcérations et des perforations,* qui se produisent souvent à une distance considérable de l'obstacle. Elles se produisent le plus souvent dans le cœcum. J'en rapporte plusieurs exemples.

Occlusion intestinale aiguë par bride portant sur la partie supérieure de l'intestin grêle. — Laparotomie. — Guérison.

Gazette des hôpitaux, 1907.

Observation type d'occlusion aiguë très haut placée du grêle, où le ventre étant absolument plat et l'état général rapidement très alarmant, l'aspect était celui d'une intoxication aiguë. Seul, un clapotage très marqué de la région épigastrique et ombilicale faisait faire le diagnostic. A l'opération, je trouvai une bride unique étranglant l'intestin à $0^m 20$ environ de l'angle de Treitz.

La guérison fut rapide.

Cette observation souligne bien la gravité des occlusions hautes du grêle, gravité dont la cause est sans doute dans la toxicité extrême du contenu des premières anses intestinales.

Dangers de l'exclusion unilatérale simple sans fistulisation dans les rétrécissements serrés de l'intestin.

Société de chirurgie de Lyon, novembre 1908.

L'exclusion unilatérale simple, c'est-à-dire sans fistulisation du bout proximal de l'anse exclue, ne doit pas être employée dans les sténoses intestinales serrées ou susceptibles de le devenir, dans les sténoses néoplasiques en particulier. En effet, le segment d'intestin, situé en amont du rétrécissement et fermé en cul-de-sac, peut se comporter comme dans une exclusion bilatérale ou, en tous cas, se distendre considérablement et dangereusement.

J'ai observé un malade et recueilli une pièce, qui démontre à l'évidence ce danger. Il était à la vérité facile à prévoir. Cependant, dans son rapport au Congrès de chirurgie (1903), M. Hartmann disait : « Il n'y a pas à craindre l'accumulation de sécrétions au-dessus du rétré-

cissement; aucun fait ne l'établit. » D'autre part, lorsque je fis cette communication à la Société de chirurgie de Lyon, il n'existait, à ma connaissance, qu'un seul cas semblable au mien, dû à Graser et rapporté dans la thèse de Lance.

Mon malade était atteint de cancer de la valvule iléocœcale avec obstruction incomplète. Je fis l'exclusion unilatérale par section de l'iléon à 0m 10 de l'angle et anastomose iléo-transverse. Le malade guérit rapidement, n'eut plus de coliques. Je ne pus le réopérer que six mois après. Je trouvai dans la fosse iliaque droite une anse intestinale énorme, rouge et distendue. C'était la partie terminale du grêle, précédant immédiatement la sténose. Résection du cœcum, guérison.

Si on pratique l'exclusion unilatérale pour sténose serrée, il est donc indispensable de drainer la partie de l'anse exclue, située en amont du rétrécissement; si on ne veut pas l'aboucher à la peau, il faut l'aboucher dans l'intestin en aval de la sténose. C'est la réalisation du « tout-à-l'intestin » de Montprofit. Mais alors l'entéro-anastomose de Maisonneuve donne beaucoup plus simplement le même résultat. Elle me paraît donc préférable.

Plaie par éclat d'obus de la région lombaire. — Fistule pyo-stercorale. — Exclusion bilatérale du colon descendant et anastomose transverso-sigmoïde. — Prolapsus de l'anse exclue à travers la fistule lombaire. — Ablation de l'anse exclue. — Mort.

Société de chirurgie de Paris, 16 juin 1920.
Rapporteur : M. Okinczyck.

Cette observation que ce titre résume suffisamment pour que je n'aie pas besoin d'en dire davantage, apporte une contribution à l'étude de l'exclusion bilatérale ouverte. Elle en montre bien les inconvénients sur lesquels M. Okinczyck avait déjà attiré l'attention, mais

fait voir, en outre, la possibilité d'une complication non encore signalée : le prolapsus de l'anse exclue à travers la fistule intestinale.

L'exclusion bilatérale ouverte expose donc à des accidents péritonéaux très graves, si l'on ne fistulise pas très largement l'anse exclue, et au prolapsus de cette anse, si la fistulisation est large.

Par ailleurs, l'ablation de l'anse exclue peut donner lieu à des difficultés techniques très grandes, dont la principale est la difficulté de reconnaître l'intestin enfoui sous des adhérences. Ces difficultés s'aggravent encore, lorsqu'il s'agit de segments d'intestin à méso adhérent.

Pour toutes ces raisons, je n'ai plus, depuis ce moment, employé l'exclusion bilatérale qui, théoriquement, paraît si séduisante, mais qui, en pratique, recule la difficulté et accule le chirurgien et le malade à une intervention finale extrêmement grave.

Occlusion intestinale par diverticule de Meckel.

Société de chirurgie de Paris, 12 mai 1920.
Rapporteur : M. Victor Veau.

Les occlusions intestinales par diverticule de Meckel ne sont pas très rares, mais celle-ci était particulière : la cause de l'obstruction était un diverticule malade et cette diverticulité était survenue dans la convalescence d'une fièvre typhoïde.

Opération. Séparation des anses intestinales accolées au diverticule enflammé, ablation du diverticule. Guérison.

Traitement du mégacolon.

Société de chirurgie de Lyon, 1922.

J'avais opéré, à cette époque, deux cas seulement de mégacolon et je les avais guéris l'un et l'autre par une résection de l'anse malade, suivie d'anastomose bout à bout.

Je ne procéderai plus actuellement de cette façon, ayant vu la péritonite tardive par lâchage des sutures suivre, dans ces conditions, les anastomoses les plus correctes. Mes deux observations premières n'en ont pas moins quelque intérêt.

La première se rapporte à une femme présentant l'histoire typique des mégacolons avec depuis quelque temps des accidents répétés d'occlusions. Je l'opérai en dehors de ces accidents et pratiquai la résection d'un mégacolon iliaque sur une étendue de 0m 40. Anastomose termino-terminale. Fermeture du ventre sans drainage. Guérison. La malade dont l'opération remonte maintenant à douze ans, n'a plus jamais eu de troubles intestinaux.

Dans la seconde observation, plus complexe, le mégacolon et le volvulus iliaque se compliquaient l'un l'autre, au point qu'il est difficile de dire quelle était la véritable lésion initiale. Le volvulus, en tous cas, avait déterminé des accidents aigus pour lesquels je dus intervenir d'urgence.

Je fis simplement la détorsion de l'anse malade après évacuation du contenu intestinal à l'aide d'une sonde rectale. Une cæcostomie de sécurité compléta cette intervention. Dans un deuxième temps, je reséquai l'S iliaque. Enorme et presque aussi gros que la première fois, bien qu'il n'y eut plus aucune torsion, il formait un anneau presque complet et était maintenu dans cette forme par l'épaississement et la rétraction du méso. Résection de l'anse, fermeture des deux bouts et anastomose latéro-latérale. Guérison.

Ce qui me paraît à retenir dans ce dernier cas, c'est le service que m'a rendu la sonde introduite dans le rectum lors du premier temps de la seconde opération : lorsque le ventre ouvert, je reconnus le volvulus, je fis, en effet, introduire dans le rectum un long tube de Faucher que mes mains guidèrent à travers les parois intestinales et

firent remonter dans l'intestin. En m'aidant de quelques pressions manuelles sur l'intestin, je le vidai immédiatement et complètement avec infiniment moins de danger que par une entérostomie de décharge.

Je crois qu'il y a lieu de retenir cette manœuvre et de l'appliquer systématiquement dans le mégacolon comme dans le volvulus. Je conseille de l'employer dans le mégacolon, même quand on opère en dehors de toute occlusion. La résection de l'anse malade, toujours surdistendue on le sait, s'en trouvera certainement facilitée.

Résultats éloignés des différentes méthodes de traitement du cancer du rectum.

Congrès de chirurgie, 1925.
Thèse de Bonnamour, Lyon, 1925.

J'ai apporté dans la discussion du Congrès de chirurgie de 1925 ma statistique d'opérations par voie basse. Sur 15 cancers du rectum opérés et suivis depuis au moins trois ans, j'ai obtenu les résultats suivants :

2 opérations économiques (résection partielle de la paroi rectale pour néoplasme peu avancé) m'ont donné :

2 guérisons durables (1) (une récidive au bout de huit ans, une guérison maintenue depuis sept ans).

5 amputations coccy-périnéales m'ont donné :

2 guérisons durables (une guérison maintenue depuis quatorze ans, une récidive au bout de six ans).

3 récidives au bout de un à deux ans.

6 résections par voie sacrée m'ont donné :

2 guérisons durables (une guérison maintenue depuis treize ans, une autre depuis trois ans et demi).

4 récidives au bout de un à deux ans.

Au total, sur 15 malades, la voie basse m'a permis

(1) J'appelle guérisons durables les cas restés plus de trois ans sans récidive.

d'obtenir 6 guérisons durables (soit 40 pour 100) dont une de quatorze ans, une de treize ans, une de sept ans (en 1925).

On ne peut manquer d'être frappé des résultats intéressants que, sans mortalité notable, m'a donnés la voie basse et surtout de ce fait que des opérations très peu larges ont pu donner des guérisons durables.

Aussi, tout en reconnaissant aux opérations abdomino-périnéales une supériorité curative indiscutable, je crois qu'il faut, dans la pratique, conserver aux opérations basses une place plus importante que ne leur ont laissée les rapporteurs. Elles me paraissent d'autant plus à conserver que, grâce à la propagande intensive pour le diagnostic précoce des cancers, les malades commencent à venir de plus en plus tôt aux chirurgiens. Nous allons donc vraisemblablement nous trouver de plus en plus fréquemment en présence de cas limités et débutants.

Je me demande si les partisans des abdomino-périnéales systématiques ne feront pas alors quelques infidélités à leur doctrine, du moins tant que la mortalité des opérations combinées, des résections principalement, ne se sera pas considérablement abaissée.

Dans ce travail, je donne ensuite les indications opératoires dans le cancer du rectum, telles que je les comprenais à cette époque.

———

APPENDICE.

1° Les indications opératoires dans l'appendicite aiguë.

Archives franco-belges de chirurgie, janvier 1922.
Thèse de Charpiot, Lyon, 1925.

2° Technique de l'appendicectomie à chaud.

En collaboration avec E. Agron.
Archives franco-belges de chirurgie, 1924.

Dans ces publications, j'ai donné les arguments cent fois exposés avant et après moi en faveur de l'appendicectomie quasi systématique, dès que l'affection est reconnue et quelle que soit la date du début des accidents, sauf dans le cas d'abcès déjà ancien et parfaitement collecté

La question n'est plus discutée par personne dans les quarante-huit premières heures. Après ce délai, il y a encore, même aujourd'hui, beaucoup de chirurgiens qui restent opportunistes. Il n'est cependant plus besoin aujourd'hui de montrer combien est illogique la fixation de cette limite de quarante-huit heures, qui ne tient compte, ni de la virulence extrêmement variable de l'infection, ni des réactions de défense extrêmement variables du malade.

A l'appui de cette façon de voir, j'ai apporté ma statistique personnelle qui, à cette époque, comprenait 62 appendicectomies à chaud. 38 d'entre ces malades, opérés dans les quatre premiers jours, m'avaient donné 37 guérisons. A partir du cinquième jour, les décès deviennent fréquents. Je ne pense pas qu'on puisse raisonnablement reprocher cette mortalité à l'appendicectomie ; elle tient certainement à ce que, pendant longtemps, je n'ai opéré tardivement que les cas graves,

c'est à-dire les péritonites généralisées tardives, qui donnent entre toutes les mains des résultats si désastreux. Je crois donc qu'il y a lieu d'opérer, quelle que soit la date du début, tant qu'il n'y a pas de plastron nettement formé.

Mais, dès qu'on a passé les premières trente-six heures, l'appendicectomie à chaud peut être une opération difficile ; elle réclame une grande précision dans la technique, une délicatesse très grande des manœuvres, un soin extrême pour ne pas léser le cœcum, pour ne pas faire diffuser le pus dans le grand péritoine, pour ne pas contaminer la paroi. Si l'opérateur ne peut satisfaire à ces desiderata, s'il n'a qu'une installation de fortune, qu'un éclairage insuffisant et un aide inexercé, s'il ne possède pas bien en mains une technique précise, je pense qu'il vaut mieux qu'il renonce à l'appendicectomie à chaud et qu'il s'en tienne au traitement opportuniste hier encore classique.

C'est pourquoi j'ai essayé de préciser les détails de la technique opératoire, qui n'est point du tout, sauf dans les premières heures, celle d'une appendicectomie à froid. C'est une appendicectomie qu'on est souvent contraint de faire dans le ventre, sans extorisation et où l'incision de Walter d'une part, la section première de la base d'autre part, jouent un rôle important ; cette technique ne peut être résumée ici.

1° Appendicites chroniques et fausses appendicites.

Société des sciences médicales de la Côte-d'Or, 1923.

2° Appendicite simulée.

Société des sciences médicales de la Côte-d'Or, 1910.

Les articles précédents constituaient des plaidoyers en faveur de l'appendicectomie systématique dans l'appendicite aiguë. Ceux ci sont, au contraire, un appel à la prudence et à la modération opératoire, lorsqu'il s'agit de

soi-disant appendicite chronique non authentifiée par l'existence antérieure, certaine, d'une crise aiguë. Parmi ces cas, il y a, en effet, beaucoup de fausses appendicites, qui ne s'accompagnent d'aucune lésion macroscopique ou microscopique de l'appendice; le chirurgien devra se méfier de ces appendicalgies et ne prendre le bistouri qu'après un long essai de traitement médical.

Je rapprocherai de ces appendicalgies un cas bien curieux d'appendicite simulée. Ce cas relève, il est vrai, de la psychiâtrie plus que de la chirurgie, mais je suis tout de même tombé dans le piège et j'ai enlevé l'appendice. Il s'agissait d'un homme adulte, qui avait déjà subi une laparotomie pour contusion de l'abdomen; il était entré dans mon service quelques mois après pour des douleurs iliaques droites, de la température et des vomissements. La souplesse très remarquable du ventre me fit traiter médicalement cette soi-disant appendicite, mais quelques jours après un brusque vomissement et une crise douloureuse si violente qu'on me fit appeler d'urgence la nuit, me firent porter le diagnostic de perforation appendiculaire et me forcèrent la main. Je ne trouvai rien d'anormal dans le ventre, rien en particulier dans la fosse iliaque droite : l'appendice n'y était plus, il avait été certainement enlevé lors de la précédente opération. Après cette intervention, le malade continua à avoir des symptômes bizarres et déconcertants; au bout d'une dizaine de jours, la température qui était tombée reprit et le malade se mit de nouveau à geindre et à se plaindre du ventre.

C'est à ce moment seulement qu'une infirmière découvrit que cet homme était un simulateur et qu'il faisait monter le thermomètre en le secouant. Cette découverte coupa court à la maladie, la température tomba subitement et le lendemain le jeune homme quitta le service de lui-même sans demander son reste et sans que son état mental pût être approfondi. Il est certain cependant qu'il

s'agissait d'un mythomane comparable à celui dont Dieulafoy a rapporté l'observation et qui se fit amputer le bras gauche.

Ce qui est curieux et ce que je n'ai pu dire dans ma communication de 1910, c'est que cet homme a continué à se faire ouvrir le ventre et qu'on retrouve sa trace dans les bulletins de la Société de chirurgie de Paris, où, en 1913, il fait l'objet d'une longue communication de M. Walther, intitulée : « Hémorragies intestinales d'origine mal déterminée. » On y voit que le malade fut successivement laparotomisé pour la troisième fois par Morestin, pour la quatrième fois par Potherat, pour la cinquième fois par Chazarain d'Amiens. Il échoua enfin dans le service de M. Walther, où on ne l'opéra plus, mais où il présenta des hémorragies intestinales et divers autres troubles curieux et rares, qu'après tout, les nombreux traumatismes chirurgicaux subis pouvaient bien légitimer.

Fistule stercorale de la région crurale, consécutive à une appendicite herniaire méconnue.

Société de chirurgie de Paris, 23 juin 1920.
Rapporteur : M. Lenormand.

Il s'agit d'un malade qui avait été incisé six mois auparavant par un médecin pour une soi-disant adénite de l'aine. C'était une appendicite herniaire méconnue et, à la suite de l'incision, persistait une fistule stercorale. Je l'opérai et enlevai un appendice malade et adhérent par sa pointe au sac d'une hernie crurale.

Ces faits sont rares et les ouvrages classiques n'en font guère mention.

Appendicite avec péritonite en voie de généralisation. — Résection de l'appendice. — Abcès pelvien consécutif incisé par le rectum.

Province médicale, 26 octobre 1907.

VOIES BILIAIRES. — PANCRÉAS

Deux cas de pancréatite hémorragique.

En collaboration avec le professeur agrégé Guyesse-Pélissier.
Société de chirurgie de Paris, 16 juillet 1919.
Rapporteur : M. Lecène.

Le premier de ces cas se rapporte à une malade de mon service, opérée d'urgence pour des lésions de pancréatite aiguë. La malade mourut pendant l'opération. Un fragment du pancréas, immédiatement prélevé, fut examiné par M. Guyesse-Pélissier. En suivant l'évolution histologique des lésions, il put voir que la nécrose frappe d'abord les cellules centro-acineuses, altère le fond des culs-de-sac glandulaires, les effondre et de là gagne le tissu conjonctif et adipeux interstitiel. Cette marche progressive des lésions destructives de l'intérieur vers l'extérieur des acini cadre bien avec l'hypothèse d'une activation du suc pancréatique à l'intérieur des conduits excréteurs du pancréas; le reflux vers les acini du suc pancréatique ainsi activé (très vraisemblablement par la bile, comme on sait) détermine leur nécrose ; quand les acini ont été effondrés, le tissu cellulo-adipeux est envahi et les foyers caractéristiques de la cytostéatonécrose se produisent.

Ma seconde observation présente un fait très remarquable : c'est l'existence d'un épanchement péritonéal ascitique très fortement teinté de bile. L'examen des voies biliaires ne montra, au cours de l'opération, aucune perforation de celles-ci. Ce serait donc un de ces cas de cholépéritoine dont la pathogénie est encore mal élucidée.

Cette *coexistence possible d'un cholépéritoine avec une pancréatite hémorragique* n'a guère été signalée dans les travaux d'ensemble sur ces deux questions.

Il est vraisemblable que la cause, qui produit la filtration de la bile à travers les parois macroscopiquement intactes des voies biliaires, est la même que celle qui produit le reflux biliaire dans le canal de Wirsung.

Et ce fait est un nouvel argument en faveur de la pathogénie actuellement admise par la grande majorité des auteurs, pour expliquer la production de la pancréatite hémorragique chez l'homme.

Epanchement séreux de l'arrière-cavité des épiploons, consécutif à un traumatisme.

Société de chirurgie de Paris, 2 juin 1920.
Rapporteur : M. Lecène

Il s'agissait d'un homme ayant subi un violent traumatisme de l'hypochondre gauche et qui, quinze jours après ce traumatisme, voyait se développer dans cet hypochondre une tuméfaction progressivement croissante. Elle était très volumineuse, lorsqu'il entra dans mon service. Je fis le diagnostic d'hématome de l'arrière-cavité des épiploons.

L'opération me montra qu'il s'agissait d'un kyste à contenu absolument clair. Je commençai à décortiquer la poche de ce kyste. Puis, étant dans l'impossibilité de continuer, je fermai sans drainage. Dix-sept jours après, la tuméfaction s'était reproduite. Je dus réintervenir, mais, cette fois, je me contentai de vider la collection et de marsupialiser la poche.

La guérison fut obtenue au bout de deux mois, définitive cette fois.

Il s'agit donc d'un de ces épanchements à contenu clair et citrin, qui se développe parfois dans l'arrière-cavité

des épiploons, à la suite d'une contusion de la partie supérieure de l'abdomen.

Contrairement aux hématomes de l'arrière-cavité beaucoup plus fréquents, ces épanchements citrins sont très rares et mon observation s'ajoute à celles de Savariaud et Auvray.

Elle démontre, une fois de plus, que le traitement le plus efficace de ces collections séreuses est la marsupialisation de la cavité pseudo-kystique ; bien que cette méthode présente des inconvénients incontestables (dangers de suppuration secondaire et de fistulisation, lenteur de la cicatrisation), elle reste cependant de beaucoup la plus sûre.

Rupture traumatique des voies biliaires. Cholépéritoine localisé.

Société de chirurgie de Paris, décembre 1926; rapporteur : M. Lecène.
Gazette des hôpitaux, 1927 (en collaboration avec M. Maître).

Cette observation est un exemple typique de cholépéritoine localisé, consécutif à une rupture traumatique des voies biliaires. Le diagnostic immédiat n'avait pas été fait, car il s'agissait d'un polyblessé, dont l'état de choc empêchait de dégager les symptômes abdominaux. Même la période de choc passée, aucun signe abdominal ne retint l'attention. Les premiers symptômes, qui révélèrent une lésion probable des viscères intra-abdominaux, furent des crises douloureuses intermittentes localisées à l'hypochondre droit. Ces crises très pénibles, que je n'ai pas vues, signalées dans les observations de ce genre, s'accompagnaient de vomissements. Contrairement à la règle, à aucun moment il n'y eut d'ictère. Je pensai à une appendicite, puis à une cholécystite. Ce fut l'apparition lentement progressive d'une tumeur sus-ombilicale, qui m'orienta enfin du côté d'une complication lointaine du trauma-

tisme; elle était rénitente, peu mobile, sensiblement médiane, mais prédominant pourtant à droite. Mate à la percussion dans sa partie droite et sonore au milieu, elle était un peu douloureuse au palper.

Le souvenir du cas précédent me fit penser naturellement à une lésion traumatique du pancréas et l'existence des crises douloureuses signalées me parurent confirmer cette manière de voir. Je ne fis peut-être pas assez attention à ce que la tumeur était surtout développée à gauche. J'opérai et trouvai un kyste qui, à la ponction, donna issue à de la bile (l'examen chimique ultérieur le confirma). Je me contentai de vider la collection et de fixer les parois du kyste à la peau dans l'étendue juste suffisante pour laisser passer un drain.

Le malade guérit très simplement.

La cholecystectomie à chaud dans les cholecystites calculeuses aiguës.

Thèse de Bloch, Lyon, 1925.

Depuis vingt ans que M. Villard et qu'après lui, MM. Leriche et Cotte ont recommandé d'enlever les vésicules calculeuses atteintes d'infection aiguë, qu'on se contentait avant eux de drainer, il semblait que la cholecystectomie à chaud dût prendre rapidement une place prépondérante dans la chirurgie biliaire. La faveur croissante de l'appendicectomie à chaud semblait devoir aider singulièrement à l'évolution de cette idée.

Or, il n'en a rien été. Bon nombre de chirurgiens hésitent à enlever la vésicule à chaud, ainsi que le montre la discussion engagée en 1924 à la Société de chirurgie de Paris. C'est pourquoi j'ai apporté, dans la thèse de Boch, cinq observations de cholecystectomie à chaud et j'ai défendu cette opération que je crois excellente, pourvu qu'elle soit appliquée à bon escient.

Il est évident que dans les cas où un abcès pericholeeystique est sur le point de s'ouvrir à la paroi, dans eeux où l'état général est extrêmement bas, ehez les malades très obèses, la eholecystectomie n'est point de mise. Dans le premier eas, il faut se eontenter de la simple ineision ; dans les deux autres, on sera bien foreé de faire la eholecysteetomie plus ou moins irrégulière d'ailleurs et qui peut se réduire à un drainage à distanee.

Mais, dans tous les autres eas, la eholeeystectomie est l'opération de choix et il faut l'employer si les symptômes ne cèdent pas rapidement au traitement médical (qui d'ailleurs réussit souvent) ou si le ehirurgien se trouve d'emblée en face d'une choleeystite aiguë avec symptômes fonctionnels graves ou avee vésicule très grosse.

Dans ees eonditions, la eholeeystectomie à ehaud est faeile et bénigne ; elle supprime tout le foyer infectieux, y eompris les parois de la vésicule qui sont plus dangereuses que son eontenu et dont les lésions peuvent eontinuer à évoluer pour leur propre eompte après la stomie.

GYNÉCOLOGIE.

Grossesse extra-utérine développée dans la cavité péritonéale et ayant dépassé le terme depuis deux mois. — Laparotomie. — Extraction d'un fœtus mort et du placenta. — Guérison.

Société des sciences médicales de la Côte-d'Or, 1911.

Les cas de grossesse extra-utérine ayant atteint ou dépassé le terme ne sont pas extrêmement nombreux : c'est pourquoi j'ai rapporté l'observation d'une grossesse péritonéale, qui avait évolué comme une grossesse normale sans que rien n'attirât l'attention ni de la malade ni de son médecin.

Les règles, notamment, avaient manqué totalement depuis le début jusqu'à la fin. A la date correspondant au terme normal, le faux travail se produisit et il aboutit à la mort du fœtus dont les bruits du cœur avaient encore été perçus quelques heures auparavant. La malade supporta pendant deux mois sans grands troubles son fœtus mort; puis survinrent des douleurs vives et des phénomènes péritonéaux qui l'amenèrent dans mon service. J'enlevai par laparotomie un fœtus macéré. Le placenta inséré au milieu des anses intestinales et des organes du petit bassin fut enlevé sans grande hémorragie immédiate. Guérison.

La douleur de l'épaule, nouveau signe de grossesse extra-utérine rompue.

Société des sciences médicales de la Côte-d'Or, 1924.

J'ai observé, dans deux cas de rupture tubaire, une douleur sous-costale irradiant jusqu'aux épaules, douleur

que je n'avais pas encore vue signalée dans cette affection, mais qui l'a été depuis dans un article publié en 1924 dans la *Presse médicale* par M. Lafont. Dans un premier cas, observé en 1914, la douleur sous-costale droite, avec irradiation dans l'épaule droite, simulait la colique hépatique ; le ventre était rempli de sang et celui-ci, suivant le sinus pariéto-colique droit, filait jusqu'au diaphragme. L'explication de la douleur élevée était donc des plus simples. Dans un second cas, où la malade souffrait bien du bas-ventre, mais surtout des hypochondres et des épaules, il s'agissait d'une rupture tubaire à marche lente; le sang et les caillots n'occupaient que l'espace sous-mésocolique. La douleur élevée n'était donc, dans ce cas, qu'un de ces réflexes viscéro-sensitifs, qui sont si nombreux et si variés dans l'abdomen.

Depuis cette publication, j'ai retrouvé assez souvent la douleur haute dans les ruptures tubaires : il faut la connaître, car elle peut parfaitement déterminer une erreur d'interprétation des autres signes et faire dévier le diagnostic.

FIBROMES UTÉRINS

1° Traitement des fibromes utérins.

Statistique personnelle depuis 1907.
Thèse de Triboulet, Lyon, 1924.

2° La radiumthérapie des fibromes utérins.

Thèse de Hubner, Paris, 1926.

3° Torsion d'un utérus atteint de fibrome.

Société de chirurgie de Paris (non encore rapporté).

En 1924, alors que l'Association française de chirurgie mit à l'ordre du jour de son congrès les indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins, j'ai fait le relevé de ma statistique, j'ai revu mes malades et j'ai

cherché à dégager de mes observations la réponse à la question posée par le Congrès.

Sur les 247 malades que j'ai soignés, 210 furent opérées, 6 furent traitées par les rayons, 31 par le radium (cette statistique ne comprend pas les métrorragies de la ménopause et ne concerne que les cas où l'utérus présentait à la palpation une augmentation de volume nettement appréciable et au catétherisme un agrandissement de la cavité utérine). Les 210 fibromes opérés m'ont donné 11 décès, soit 5,7 pour 100, dont 3 péritonites, 3 embolies, 1 hémorragie, 1 éviscération et 3 morts qui sont restées pour moi inexpliquées.

A remarquer que sur ces 210 opérations, il y a 16 myomectomies et que, parmi ces dernières, 2 ont permis des grossesses ultérieures.

Je n'ai que peu d'expérience du traitement des fibromes par la radiothérapie. Les malades que j'ai observées ne s'en sont pas d'ailleurs toujours bien trouvées, puisque 2 d'entre elles eurent des radiodermites graves, et qu'une autre dut finalement être opérée. La statistique est d'ailleurs beaucoup trop restreinte pour que je me permette de juger d'après elle l'action des rayons.

De 1920 à 1925, j'ai employé le radium chez 31 malades, dont 16 présentaient de gros utérus fibromateux du volume d'un poing d'adulte et 15 des fibromes de volume plus considérable.

La plupart furent traitées par l'application intra-utérine (24), quelques-unes par applications vaginales (6).

Les doses employées variaient suivant l'âge entre 8 et 20 millicuries détruits.

Je n'ai eu qu'une fois des accidents salpingés infectieux, qui ont d'ailleurs guéri spontanément, mais ils étaient certainement dus à une faute d'asepsie.

Au point de vue des hémorragies et des règles, les résultats furent les suivants :

Chez 3 malades au-dessous de quarante ans, les métrorragies disparurent, mais, malgré l'emploi de fortes doses, je n'eus qu'une seule ménopause artificielle.

Sur 26 malades de quarante à cinquante-sept ans, toutes suivies, j'obtins 23 fois la suppression définitive des pertes et des règles ; mais j'eus 3 échecs : la suppression des pertes ne fut que temporaire et une récidive nécessita l'hystérectomie.

Au point de vue de la régression de la tumeur, sur 11 malades revues, l'utérus avait repris son volume normal 7 fois ; 4 autres fois, la tumeur n'a fait que diminuer.

Des observations précédentes, j'ai déduit ma règle de conduite personnelle. Tout en admettant parfaitement qu'on puisse juger autrement que moi, je pense que :

1° Les fibromes de petit volume, indolores, non saignants, ne méritent aucun traitement actif ;

2° Les fibromes ne dépassant pas le volume de deux ou trois poings d'adultes, réguliers, mous et qui saignent, sont justiciables de la curiethérapie, à condition qu'il n'y ait pas de complications annexielles importantes ;

3° Les fibromes qui évoluent vers l'abdomen, sans atteindre pourtant l'ombilic, qui sont mous et qui saignent, doivent être traités par les rayons X.

De petites lésions salpingiennes ne me paraissent pas une contre-indication.

Tous les autres cas ressortissent à l'opération, notamment :

1° Les très gros fibromes qui atteignent et dépassent l'ombilic ;

2° Les fibromes enclavés dans le petit bassin ;

3° Les fibromes sous-péritonéaux pédiculés ;

4° Les fibromes très durs, calcifiés ;

5° Les fibromes à évolution vaginale et les polypes intra-utérins ;

6° Les fibromes en voie de dégénérescence, de suppuration ou de sphacèle;

7° Les fibromes avec lésions de voisinage importantes, notamment les lésions annexielles;

8° Les fibromes qui donnent des symptômes après la ménopause et qui tous sont suspects;

9° Les fibromes des jeunes femmes où la myomectomie peut avoir un intérêt capital;

10° Les fibromes, chez les femmes enceintes, lorsqu'ils provoquent des accidents et sont susceptibles de gêner l'accouchement.

A cette longue liste, j'ajouterai encore :

11° Les fibromes, qui ont été soumis sans succès aux rayons X ou au radium;

12° Tous les cas où le diagnostic est douteux;

13° Les fibromes qui, tout en rentrant dans la catégorie précédente, s'accompagnent d'un état du cœur et des reins très défectueux et contre-indiquant par lui-même l'opération, seront, suivant les cas, traités à titre palliatif, par les rayons X ou le radium.

Dans les cas d'anémie intense, il pourra être très utile de placer d'abord du radium pour faire l'hémostase, ce qui permettra plus tard de faire l'hystérectomie sans danger; j'ai en en procédant ainsi quelques beaux succès que je n'aurais peut-être pu obtenir autrement.

Le traitement des prolapsus génitaux.

Congrès de chirurgie, 1923.

En 1923, j'avais opéré 42 cas de prolapsus utérin, dont 32 prolapsus totaux et 10 localisés (je ne comptais, dans cette statistique, que les cas opérés depuis plus d'un an).

En ne tenant compte que des cas où j'ai pu m'assurer du résultat éloigné, mes résultats furent les suivants :

Hystérectomie totale ou subtotale, suivie de fixation du col ou du vagin à la paroi : 3 cas, 3 récidives.

Hystéropexie isolée : 2 cas, 2 succès.

Double opération périnéale : colporraphie antérieure et colpopérinéorraphie : 2 cas, 2 récidives.

Triple opération : colporraphie antérieure, colpopérinéorraphie, hystéropexie : 8 cas, 8 succès.

Cloisonnement du vagin (généralement combiné à la périnéorraphie) : 12 cas, 2 récidives, 10 succès.

Cette statistique montre :

1° L'insuffisance des opérations isolées, qu'elles soient abdominales (hystéropexie, hystérectomie suivie ou non de vaginopexie ou de trachélopexie) ou vagino-périnéales (colporraphie et colpopérinéorraphie), à l'exclusion pourtant de l'opération de Lefort ;

2° L'excellence de deux opérations suivantes : la triple opération, applicable aux malades jeunes ou relativement jeunes, d'une part ; l'opération de Lefort élargie et combinée à la périnéorraphie, applicable aux malades âgées, d'autre part.

Les deux récidives que j'ai eues avec l'opération de Lefort, s'expliquent d'ailleurs par une mauvaise technique. Ces deux cas ont été opérés au début de ma pratique de l'opération.

Dans l'un d'eux, l'adossement des parois vaginales avait été fait trop étroitement : l'utérus s'engagea à travers un des trop larges couloirs latéraux et apparut à la vulve étranglé et irréductible. Ce cas est particulièrement démonstratif de la nécessité d'un adossement très large, de façon à ne laisser de chaque côté que deux petits couloirs latéraux, juste suffisants pour le drainage éventuel des sécrétions utérines.

Sur l'association de la chirurgie et du radium dans le cancer et en particulier dans le cancer utérin.

Société de chirurgie de Paris, 1922; rapporteur : M. Proust.
Presse médicale, 26 août 1922.

Les travaux parus à cette époque sur le traitement du cancer par le radium, associé ou non à la chirurgie, portent tous l'empreinte d'hésitations et de tâtonnements, bien explicables à l'avènement d'une thérapeutique si nouvelle.

Choisissant trois cas particulièrement topiques de ma pratique radio-chirurgicale, j'essayai d'en tirer des conclusions au point de vue de l'ordre dans lequel radium et chirurgie doivent se succéder.

Une de mes observations illustre parfaitement cette opinion, aujourd'hui généralement admise, que le radium est rarement indiqué après les opérations complètes dans le but théorique de prévenir les récidives Il s'agissait d'un séminome enlevé par moi en janvier 1920 ; la castration faite, je plaçai du radium dans la plaie opératoire. Six mois après, le malade revenait avec une grosse masse ganglionnaire dans la fosse iliaque interne et un état général très mauvais ; je plaçais du radium dans cette masse, en l'abordant par une petite incision iliaque. La tumeur disparut rapidement. Le malade, qui n'avait point eu de récidive au moment de la publication de l'article que j'analyse, n'en a pas eu depuis, ce qui constitue une guérison maintenue au bout de sept ans.

Cette observation montre bien les défauts de la curiethérapie postopératoire : dans une tumeur certainement très radio-sensible comme le sont habituellement les séminomes, elle *a été incapable de prévenir la récidive*, alors qu'*une application de radium faite sur cette récidive a amené la guérison.*

Un second chapitre de mon travail concerne le cancer utérin. Lorsqu'on a placé du radium dans un cancer du col, doit-on enlever ensuite l'utérus? C'est une question qui n'est point encore résolue.

Pour avoir observé des récidives locales après une guérison apparente, obtenue par le radium, j'avais cru l'hystérectomie absolument indispensable. Mais peut-être mes irradiations étaient-elles insuffisantes ou défectueuses? Je ne conclurai donc plus aussi nettement aujourd'hui.

En tous cas, j'avais vu à cette époque et j'affirme toujours qu'après radiumthérapie, le Wertheim, loin d'être difficile et grave, comme le disaient MM. Hartmann et Sirdey, est, au contraire, rendu beaucoup moins sérieux par l'irradiation préalable. Cette irradiation est certainement la meilleure façon de faire disparaître la septicité du néoplasme et d'atténuer la gravité de l'opération. C'est une des raisons pour lesquelles j'ai continué à faire toujours précéder mes Wertheim d'une application de radium. Je crois, par ailleurs, que cette application donne des garanties supplémentaires au point de vue du résultat éloigné.

Mais toutes ces questions sont, à l'heure actuelle, encore trop incertaines et il y a bien peu de publications, faites à cette époque sur ce sujet, qui soient encore valables aujourd'hui.

Il n'est pas jusqu'aux observations elles-mêmes que le temps écoulé ne se soit chargé de modifier. Témoin l'observation III de ce travail, qui a trait à une jeune fille de vingt-huit ans, atteinte de cancer utérin et traitée par ce radium suivi de Wertheim. Elle était guérie depuis plus d'un an lors de ma publication et la valeur d'une telle guérison, à cet âge, me paraissait montrer, mieux que tous les raisonnements, ce qu'on pouvait espérer de la méthode.

Or, six mois après, je la revis, sans récidive locale, mais

avec un nombre considérable de noyaux métastatiques développés dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Elle mourut quelque temps après.

N'ayant jamais vu pareilles métastases dans un cancer utérin, j'en avais conclu, comme J.-L. Faure, que le radium prédispose aux métastases. Mais des observations semblables ont été publiées depuis, à la Société de chirurgie de Paris, dans des cancers utérins non irradiés.

MEMBRE SUPÉRIEUR.

Radius curvus.

Société de chirurgie de Lyon, 1905.

Un cas type de l'affection décrite par Madelung et connue sous le nom de subluxation progressive du poignet (Duplay), de *carpus curvus* (Delbet), Gangolphe a proposé le nom plus exact de *radius curvus*.

Les radiographies montraient bien l'incurvation exagérée à concavité antérieure et interne de la diaphyse radiale dans sa partie inférieure : c'est la lésion primordiale de l'affection, elle entraîne anatomiquement l'inclinaison exagérée de la surface articulaire radiale, qui regarde plus en avant et plus en dedans que normalement — et la subluxation de la tête du cubitus ; elle explique cliniquement tous les symptômes qui individualisent la maladie.

Le *radius curvus* est un symptôme qui peut avoir des causes inflammatoire, traumatique, rachitique : dans le cas particulier, l'origine rachitique lointaine était établie par la coexistence de déformations anciennes du tibia.

Ostéite tuberculeuse de la diaphyse radiale, affectant la forme anatomique du spina-ventosa.

Gazette des hôpitaux, 27 juin 1907.
Thèse de Kornprobst, Lyon, 1907.

La tuberculose des grands os longs affecte parfois la forme anatomique si spéciale du spina-ventosa, particulière aux petits os longs de la main et du pied.

Après Vignard et Mouriquand, qui ont pu en réunir

quatre cas, j'en ai observé un cas très typique chez une petite fille de cinq ans, notoirement tuberculeuse. Il s'agissait de la diaphyse radicale. Au centre de la cavité médullaire, considérablement agrandie et transformée en une vaste caverne, se trouvait un petit séquestre.

Ostéosarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus. — Résection. — Greffe du péroné. — Récidive. — Désarticulation interscapulo-thoracique. — Présentation du greffon.

Voir : *Thérapeutique générale.*

Fracture ancienne du coude. — Paralysie cubitale tardive. Transposition du nerf cubital en avant.

Société de chirurgie de Lyon, 9 février 1913.

Les paralysies cubitales tardives, consécutives aux fractures anciennes du coude, sont bien connues depuis les travaux de Mouchet, Vignard, Müller. Néanmoins, les cas bien observés ne sont pas extrêmement fréquents et, par ailleurs, la question du traitement prête encore à discussion.

J'ai observé, en 1909, un enfant de cinq ans chez lequel, depuis deux mois, s'était installé, d'une façon progressive et sans cause apparente, une paralysie cubitale. Les parents ne me parlèrent même pas d'un violent traumatisme du coude, survenu à l'âge de deux ans et demi, parce qu'il s'agissait là d'une affaire ancienne qui avait guéri apparemment d'une façon complète. Effectivement, l'enfant se servait de ce coude à peu près comme de l'autre.

L'examen clinique et radiographique de ce coude montrait pourtant l'existence d'une fracture ancienne du condyle externe avec déplacement du fragment condylien en haut, en dehors et en arrière.

Ce fragment ne s'était pas soudé au reste de l'épiphyse

et une pseudarthrose s'était établie. Il existait un degré assez accentué de cubitus valgus, déformation très facile à réduire quand le coude était dans l'extension.

L'intervention me montra que, dans les mouvements de flexion du coude, le nerf cubital était tendu sur le bord interne de l'olécrane comme sur un chevalet. C'est pourquoi je transposai le nerf en avant de l'épitrochlée, dans le plan antérieur du coude.

Le résultat fut très favorable : en quelques semaines, la griffe cubitale diminua. Deux ans après l'opération, il n'y avait plus aucune trace de paralysie cubitale. Trois ans après l'opération, l'enfant se servait de sa main blessée comme de l'autre.

J'ai trouvé le procédé de la transposition beaucoup plus simple que les autres traitements préconisés (agrandissement de la gouttière épitrochléo-olécranienne de Denucé, ostéotomie cunéiforme supracondylienne de Mouchet) ; elle avait été conseillée par Roux, de Lausanne, qui l'avait, il est vrai, employée sans succès, mais, dans son cas, il s'agissait d'une paralysie traitée tardivement et les lésions de névrite étaient invétérées. Mon intervention relativement précoce m'a, au contraire, donné un succès complet.

Je m'étonne que ce procédé si simple n'ait pas été plus souvent employé. On a sans doute craint que la nouvelle situation superficielle du nerf transposé ne l'expose aux pressions et aux chocs. Si on a la précaution d'enfouir le nerf sous les aponévroses voisines, je ne crois pas que ces craintes soient fondées.

J'ai employé depuis plusieurs fois la transposition dans des lésions traumatiques anciennes du nerf cubital, où j'étais obligé de faire une résection de ce nerf. J'avais ainsi beaucoup plus de facilité pour mettre les deux extrémités nerveuses bout à bout. Je n'ai jamais eu à me plaindre de cette transposition,

La résection secondaire intra-fébrile dans les arthrites suppurées du coude.

Lyon chirurgical, septembre-octobre 1917.

Pendant la guerre, il a fallu lutter pour faire admettre, dans la pratique militaire, des faits bien établis dans la chirurgie du temps de paix.

C'est ainsi qu'il a fallu, dans les arthrites suppurées du coude, consécutives aux blessures de guerre, établir de nouveau la supériorité de la résection sur la simple arthrotomie, supériorité depuis longtemps établie par Ollier. Leriche s'était chargé de vulgariser ces idées en les adaptant à la chirurgie de guerre.

Pourtant, tout le monde ne se laissait pas convaincre et les partisans des opérations dites économiques avaient la phobie du coude ballant. On voyait présenter à la Société de chirurgie des observations isolées de résections secondaires du coude, suivies de bons résultats fonctionnels.

Il n'était donc pas inopportun d'apporter encore des faits. J'apportai donc 18 cas de résection du coude, pratiqués secondairement dans la phase fébrile pour arthrite suppurée traumatique, toutes opérées depuis plus d'un an et toutes revues par moi.

1° *Résultats immédiats :* 15 guérisons sur 18 cas. Parmi ces 3 échecs (2 morts et une amputation du bras), 2 étaient dus à une résection très tardive. Dans le troisième, l'arthrite suppurée ne datait que de six jours, mais s'accompagnait de phénomènes septicémiques, déclanchés par une esquillectomie intempestive. La résection ne peut évidemment prétendre à juguler toutes les infections.

2° *Résultats éloignés :* dans les 14 résections que j'ai pu revoir à plus d'un an de distance, le résultat éloigné a été, dans 10 cas, l'ankylose en bonne position. J'ai obtenu, en outre, un résultat fonctionnel parfait, un résultat

moyen et satisfaisant et 2 coudes ballants actifs, ce qui n'est pas, on le sait, un mauvais résultat. Ces deux derniers malades, en effet, se servaient de leurs membres d'une façon très utile.

Dans les résections intra-fébriles du coude, ce qu'il faut craindre, ce n'est donc pas le coude ballant, mais l'ankylose. C'est contre celle-ci qu'il faut lutter. D'ailleurs, ankylose pour ankylose, celle de la résection vaut mieux que celle des opérations économiques.

Par ailleurs, le coude ballant est évitable : la largeur de l'exérèse n'est qu'accessoire dans sa production. Le tout est de respecter la musculature de l'articulation et de ne pas la laisser se détériorer. On y arrive en réséquant précocement et en surveillant les suites opératoires. Du point de vue des résultats immédiats, comme de celui des résultats éloignés, la résection du coude est donc la meilleure opération à opposer aux arthrites suppurées traumatiques de cette articulation.

A propos du traitement des fractures de l'olécrâne.

Société de chirurgie de Lyon, 1922.

Je crois que, dans les fractures de l'olécrâne, le vissage, tel que l'a décrit Lambotte et tel que le recommande Alglave, mérite une meilleure place que celle qui lui est généralement assignée dans la thérapeutique des fractures de cet os.

Il me paraît, en effet, susceptible de réaliser, avec une extrême facilité, une coaptation solide qui permet la mobilisation active et immédiate du membre. Si on pratique l'opération sous anesthésie locale, ce qui est facile, on peut même éprouver immédiatement la solidité de la fixation.

Le procédé est applicable, quel que soit le niveau du trait de fracture ; il faut reconnaître cependant qu'il ne l'est ordinairement pas dans les cas où les fragments sont multiples. C'est alors que l'hémicerclage reprend ses droits.

Destruction traumatique de la première phalange du pouce. Vissage de la phalangette dans le métacarpien.

Société de chirurgie de Paris, février 1922.
Rapporteur : M. Hallopeau.

J'ai observé un blessé qui avait perdu complètement la première phalange du pouce gauche. La phalangette, absolument intacte, était renversée sur le dos du métacarpien correspondant. Le blessé était dans la situation d'un amputé du pouce. J'ai cherché à lui rendre l'usage partiel de celui-ci, en vissant la phalangette sur le métacarpien.

Résultat morphologique et fonctionnel bon.

A propos de la maladie de Volkmann.

Société de chirurgie de Paris, juillet 1923
Rapporteur : M. Hallopeau.

Tout n'est pas clair dans la question des contractures musculaires réflexes. C'est pourquoi j'ai cru intéressant d'apporter l'observation d'un homme qui, s'étant enfoncé un couteau à la face antérieure de l'avant-bras, à quatre doigts au-dessus du poignet, vit apparaître, avec quelques fourmillements dans l'auriculaire, une difficulté de plus en plus grande de l'extension des doigts.

L'aspect de la main était celui d'une maladie de Volkmann, à laquelle s'ajoutait une paralysie cubitale. L'intervention m'amena à vider un gros hématome, situé entre les muscles fléchisseur et cubital antérieur. Le nerf cubital était sain. Dès les premiers jours qui suivirent l'opération, la paralysie cubitale rétrocéda et les doigts s'étendirent de mieux en mieux. Quatre mois après, le blessé était guéri.

Il est évident qu'il ne s'agit pas ici d'une vraie maladie de Volkmann, mais seulement d'une contracture des muscles fléchisseurs, due à l'hématome signalé. Le fait n'en est pas moins intéressant à enregistrer.

MEMBRE INFÉRIEUR.

Ostéite tuberculeuse du bassin et coxalgie secondaire.

Lyon médical, 1904.
En collaboration avec C. Beutter.

Bien que ces faits soient classiques, les observations publiées ne sont pas nombreuses. Celle que nous avons rapportée avec Beutter tendait, en outre, à établir la réalité d'un mode de contamination de la hanche fort discuté par Lance et par Ménard.

Il semblait, en effet, possible que l'abcès froid du psoas, qui existait dans notre cas, ait contaminé secondairement l'article par l'intermédiaire de la bourse séreuse interposée entre cet article et la portion réfléchie du muscle. Cette bourse séreuse communique, en effet, souvent chez l'adulte avec la séreuse articulaire.

Ce n'est là, d'ailleurs, qu'une hypothèse, car la propagation du processus tuberculeux a pu aussi se faire par destruction du fond de la cotyloïde.

Section de l'artère et de la veine fémorales superficielles. Ligature de ces deux vaisseaux. — Guérison.

Lyon chirurgical, 1904.

La publication de ce cas, qui répond maintenant à des faits bien établis, avait son intérêt au moment où la chirurgie des artères était à l'ordre du jour du Congrès de chirurgie.

J'en profitai pour faire une statistique des cas publiés.

Huit cas de ligature des vaisseaux fémoraux communs : 5 morts par gangrène, 3 guérisons.

Huit cas de ligature des vaisseaux fémoraux superficiels : 1 mort par gangrène, 7 guérisons (encore convient-il de remarquer que le cas de mort s'est produit chez un vieillard athésomateux).

Paralysie du sciatique poplité externe consécutive à un accouchement laborieux.

Société de chirurgie de Lyon, 1905.

Deux cas de paralysie du sciatique poplité externe, survenue immédiatement ou très peu de temps après un accouchement où le travail a été particulièrement long. Ces faits sont connus, mais assez rares ; ils sont dus à la compression du tronc lombo-sacré, qui, avant d'atteindre le plexus sacré, passe sur la crête inominée : c'est là qu'il est comprimé par la tête fœtale.

Coxalgie grave et résection de la hanche.

Société des sciences médicales de la Côte-d'Or, 1912.

Un enfant atteint de coxalgie est mis en plâtre. Malgré un traitement immobilisateur rigoureux, l'état local et général s'aggrave. Un volumineux abcès remontant dans la fosse iliaque se forme et les douleurs sont vives.

Je fais une résection de la hanche par voie antérieure. Onze mois après, la guérison est complète, avec un raccourcissement de trois centimètres.

Les services que peut rendre la résection dans les coxalgies, ne sont certes pas ignorés de la majorité des chirurgiens; mais il me semble que cette opération n'a pas la place qu'elle mérite dans la thérapeutique de cette affection. La chose valait particulièrement d'être affirmée au moment où Calot faisait paraître un livre sur le traitement des arthrites tuberculeuses, en accordant seulement une page aux résections et pour les rejeter.

Greffe du péroné pour pseudarthrose congénitale de la jambe au tiers inférieur.

Société de chirurgie de Lyon, mars 1914.

J'ai opéré, en 1910, et suivi jusqu'en 1914, une enfant atteinte de pseudarthrose congénitale des deux os de la jambe au tiers inférieur.

Le procédé de Reichel m'ayant donné un échec, j'ai obtenu un résultat relatif par deux greffes successives; dans la première opération, je pris deux fragments du péroné sain et les intercalai entre les fragments avivés du tibia et du péroné du côté malade. Je n'eus aucune consolidation.

Une seconde intervention, six mois après, me montra que le greffon s'était parfaitement soudé au tibia à son extrémité supérieure, mais pas du tout à son extrémité inférieure, où, cependant, tibia et greffon étaient parfaitement en contact. Je fis un second avivement suivi d'un deuxième greffon, également pris sur le péroné du côté sain.

Cette fois, j'eus une consolidation à peu près complète, permettant, en tous cas, la marche.

Trois cas de luxation de l'articulation de Lisfranc en dehors.

Société de chirurgie de Lyon, mars 1906.

Le traitement des fractures de la rotule par le vissage.

Société des sciences médicales de la Côte-d'Or, 1921.

Essai de traitement des fractures transversales de la rotule, à l'aide d'une vis introduite par la pointe de la rotule dans le fragment inférieur et embrochant le fragment supérieur amené au contact.

Pour éviter l'arrachement de la vis, qui s'était produit

dans un premier cas, je plaçai, dans un second cas, sur son extrémité libre, un petit écrou

Ces tentatives opératoires avaient pour but de permettre la marche immédiatement après l'opération.

J'ai reconnu qu'elles étaient compliquées et inutiles. Je ne les ai plus renouvelées.

L'arthrotomie exploratrice du genou par incision latéro-rotulienne.

Thèse de Parizot, Lyon, 1920.

Plaidoyer en faveur de l'arthrotomie exploratrice du genou dans tous les cas où le diagnostic est douteux, et il l'est bien souvent. L'incision latéro-rotulienne, faite soit en dedans, soit en dehors suivant les cas, mais le plus souvent en dedans, donne un jour suffisant pour explorer l'article et faire le diagnostic.

Pratiquée sous anesthésie locale, elle est très anodine et permet la reprise presque immédiate de la marche.

Au cas où on trouverait quelque lésion importante, on pourra toujours transformer l'incision en une autre plus adaptée au traitement.

La triple arthrodèse du cou-de-pied par astragalectomie temporaire, suivie de reposition de l'astragale dans sa loge.

Société de chirurgie de Lyon, 1914.
Thèse de Ed. Agron, Lyon, 1920.

Préconisé par Lorthior, ce procédé d'arthrodèse du cou-de-pied est certainement le plus sûr pour obtenir l'ankylose complète des trois articulations péri-astragaliennes.

Il consiste à enlever l'astragale, puis à le peler sur toutes ses faces cartilagineuses. On le met ensuite de côté et on décortique de leurs cartilages toutes les facettes arti-

culaires de la loge astragalienne. Le noyau osseux astragalien est enfin remis en place dans sa loge.

Ce procédé, ainsi que je l'ai montré par sept observations, suivies pendant plusieurs années, donne une ankylose absolue des trois articulations péri-astragaliennes. Je ne crois pas que les procédés ordinaires aboutissent à ce résultat avec la même certitude : ils ne permettent pas, en effet, de pousser à fond la décortication, notamment dans les parties postérieures et internes de l'interligne articulaire tibio-tarsien.

Mais la reposition de l'astragale n'expose-t-elle pas à l'élimination du greffon ? Je ne le crois pas et, en tous cas, toutes mes opérations ont été suivies de succès (1).

On connaît suffisamment aujourd'hui la facilité avec laquelle prennent les greffes osseuses pour n'en être pas surpris : car c'est une véritable greffe autoplastique qu'on réalise ainsi et dans des conditions de reprise parfaite, puisque le greffon astragalien privé de ses cartilages est en contact immédiat sur toutes ses faces avec le tissu spongieux des os voisins.

Je dois dire cependant que je n'ai pas eu, depuis ce travail, beaucoup d'occasion de refaire l'opération de Lorthior. C'est que la triple arthrodèse a perdu beaucoup de ses indications et que les arthrodèses partielles tendent aujourd'hui à la remplacer dans la plupart des cas.

Tuberculose isolée du scaphoïde du pied. Ablation du scaphoïde.

Société des sciences médicales de la Côte-d'Or, 1924.

Une observation de tuberculose isolée d'un des os du tarse, avec intégrité des articulations voisines, est intéres-

(1) J'ai cependant, depuis cette publication, eu un échec dû à l'infection; je dus enlever le greffon astragalien au bout de quelques jours. La cause ne peut être qu'une faute d'asepsie et ne saurait être reproché à la méthode.

sante à rapporter, surtout lorsqu'un diagnostic radiologique a permis d'enlever l'os malade. On peut ainsi couper court à l'évolution d'une tumeur blanche dont on ne peut prévoir la gravité.

Nové-Josserand et Patel ont, vers la même date, rapporté un cas à peu près comparable ; il s'agissait d'une tuberculose localisée à la tête de l'astragale, avec intégrité des articulations voisines. La résection de la tête de l'astragale amena, là aussi, la guérison.

Le traitement des fractures de Dupuytren par le vissage de la malléole interne.

Société de chirurgie de Paris, 1922. Rapporteur : M. Roux-Berger.
Thèse de Ganimède, Lyon, 1923.
Presse médicale, 1923.
Société de chirurgie de Paris, octobre 1925. Rapporteur : M. Fredet.
Presse médicale, 1926.

Bien que je pratique l'ostéosynthèse depuis quinze ans, je suis loin de penser qu'elle est indiquée dans toutes les fractures et je sais quelle responsabilité incombe au chirurgien qui ouvre un foyer jusqu'ici fermé. Cependant dans une fracture articulaire, où la reposition exacte des fragments a une importance capitale pour le bon fonctionnement ultérieur de la jointure, lorsqu'on peut, par une opération simple, facile, rapide, qui n'ouvre qu'à peine le foyer de fracture et peut même se faire sous anesthésie locale, remettre et tenir tout en place, il n'y a vraiment aucune raison de s'abstenir.

C'est le cas des fractures de Dupuytren.

En effet, contrairement à Lambotte, qui croit obligatoire de faire sur chacun des deux os les réparations nécessaires, et à P. Duval, qui porte toute son action sur le péroné, je pense qu'il suffit de remettre en place la malléole tibiale et de l'y fixer solidement : on voit alors tout le reste du pied reprendre sa position normale et la mortaise se reconstituer ; le ligament latéral interne intact attire

en effet à lui l'astragale et le calcaneum ; grâce au ligament latéral externe également intact, ces os attirent la malléole externe et la ramènent à sa place ; sans doute le foyer de fracture péronéal n'est pas exactement coapté, comme il le serait par une intervention directe à son niveau, mais peu importe qu'à cinq ou six centimètres au-dessus de la pointe, dans une région extra-articulaire, les deux fragments ne soient pas exactement au contact. La seule chose utile est de rétablir l'exact rapport des surfaces articulaires.

Le procédé est applicable non seulement aux fractures de Dupuytren hautes ou basses, mais encore aux fractures du type Maisonneuve et naturellement aux fractures isolées de la malléole interne.

J'ai montré d'ailleurs par des radiographies que le diastasis, lorsqu'il existe, peut être corrigé par l'opération, la malléole externe étant ramenée contre le tibia par le ligament péronéo-astragalien intact.

Il n'est pas jusqu'à un fragment marginal, qui ne puisse être, lui aussi, réduit dans certains cas, car il revient en place avec l'astragale auquel il était resté attaché : j'en ai donné aussi un exemple.

A la vérité, je crois l'opération indiquée bien moins pour réduire les fragments que pour les maintenir réduits : la réduction de ces fractures est, en effet, ordinairement facile ; mais il faut maintenir, et cette seconde partie du programme est beaucoup plus difficile à réaliser ; le plâtre, à mon avis, y réussit souvent mal, car il n'est jamais tellement exact qu'il n'empêche, à coup sûr, les très courts fragments malléolaires de se déplacer ; le vissage, au contraire, y arrive avec facilité, élégance et perfection. Et l'on ne peut compter pour rien la faculté qu'a le malade de mobiliser son articulation tibio-tarsienne aussitôt après l'opération.

Si pourtant les manœuvres habituelles de réduction qui

doivent précéder l'opération, ne peuvent ni supprimer complètement le diastasis, ni remettre en place un troisième fragment tibial, alors il ne faut plus compter sur le vissage malléolaire, qui n'est en somme qu'une opération de fixation; c'est le cas de réduire le diastasis par le vissage péronéo-tibial, comme l'on fait Lambotte et Pierre Duval, ou d'intervenir directement sur le fragment qui empêche la réduction.

Les indications de la méthode n'en restent pas moins très fréquentes et je crois qu'on peut dire : en présence d'une fracture du cou-de-pied, où la malléole interne est fracturée et où le déplacement des fragments est important, qu'il y ait ou non un troisième fragment, il faut s'assurer que la réduction est possible. S'il en est ainsi, ce qui est la règle, il est extrêmement simple et utile de maintenir la réduction par le vissage de la malléole interne. Une simple gouttière sera ensuite nécessaire pendant quelques jours; les mouvements du cou-de-pied seront repris le plus tôt possible et le résultat sera parfait.

Si la réduction est impossible, il faudra intervenir sur le fragment qui fait obstacle.

Le traitement immédiat des fractures ouvertes non infectées.

Société de chirurgie, 1927. Rapporteur : Dr Lenormand.
Thèse de Camuzet, Lyon, 1927.
Monde médical, 1927.

Mon opinion sur le traitement des fractures ouvertes, dont il a été longuement discuté l'an dernier à la Société de chirurgie de Paris, se base sur la statistique de mon service depuis la guerre.

Cette statistique, qui n'est pas mauvaise dans l'ensemble, puisque je n'ai perdu aucun malade et n'ai dû sacrifier aucun membre, montre que toutes les méthodes de trai-

tement de fractures ouvertes sont susceptibles de donner de bons résultats.

L'ostéosynthèse, en particulier, n'est pas, comme on l'a dit, « une erreur thérapeutique », c'est, au contraire, une méthode très recommandable ; elle assure une réduction exacte et procure aux membres fracturés une rigidité, qui facilite le traitement post-opératoire, évite les douleurs et limite les accidents infectieux. Mais il faut savoir la terminer judicieusement, c'est-à-dire laisser le foyer osseux largement ouvert, si, comme cela arrive très souvent, il reste le moindre doute sur l'asepsie. Si on procède autrement, on risque les désastres qui ont été signalés dans la discussion de la Société de chirurgie. La lecture de ces observations m'a convaincu que ces accidents étaient survenus seulement lorsque l'opérateur avait fermé complètement les parties molles, *qu'il ait ou non pratiqué l'ostéosynthèse.*

Les éléments d'appréciation sur lesquels le chirurgien doit se baser pour faire son choix parmi les différentes méthodes de traitement, peuvent être rangés sous deux chefs :

Les premiers décident de l'ostéosynthèse. Ils ont rapport à la forme anatomique de la fracture et à la fonction du levier osseux brisé. Comme dans les fractures fermées, l'ostéosynthèse sera indiquée toutes les fois qu'on prévoit un mauvais résultat fonctionnel ; elle se trouvera même un peu plus fréquemment indiquée que dans les fractures fermées, du fait des difficultés plus grandes d'immobilisation.

Les secondes décident de la réunion des tissus mous, ils se basent sur le degré présumé de contamination et sur les chances d'infection du foyer traumatisé. On tiendra compte du temps écoulé depuis le traumatisme, du mécanisme de celui-ci, considéré au point de vue de l'ensemencement microbien probable, des manœuvres

d'asepsie douteuses faites avant l'arrivée du chirurgien. Naturellement, l'ostéosynthèse devra inciter à la prudence.

En somme, les indications opératoires peuvent être, à mon avis, résumées de la façon suivante :

1° *Lorsque la plaie est punctiforme,* le foyer osseux est presque certainement aseptique, il s'agit à peine d'une fracture ouverte ; après avoir fait un pansement aseptique, on traitera la fracture comme si elle était fermée.

2° *Dans les fractures ouvertes avec plaie peu étendue,* si l'accident est récent, qu'aucune pénétration de corps étrangers n'ait pu, au moment du trauma, ou après lui, porter l'infection dans la profondeur, que le mode de production des lésions soit tel qu'on peut être sûr de l'asepsie du foyer fracturé, alors, les bords de la plaie seuls sont douteux et on a seulement à craindre la contamination ultérieure des parties profondes; la désinfection chirurgicale de la plaie d'entrée est donc l'urgente et principale indication. Pourtant il faut penser à l'ostéosynthèse et pour en décider, on fera faire, avant de prendre le bistouri, une radiographie :

a) *Si la fracture paraît être de celles que, fermées, on n'opérerait pas,* on se contentera alors, après avoir traité la plaie cutanée, de suturer celle-ci ; on aura ainsi transformé la fracture ouverte en une fracture fermée qu'on traitera ensuite comme telle. Au cas où l'une des extrémités osseuses aurait perforé la peau, on l'aura préalablement reséquée au ras des téguments ;

b) *Lorsque la fracture est de celles que, fermées, on opérerait,* on fera l'ostéosynthèse comme pour une fracture fermée, en terminant par la fermeture complète des parties molles. Pourtant, si les conditions d'asepsie et d'outillage indispensable pour toute ostéosynthèse n'étaient pas réalisables immédiatement, on fermera la

plaie comme dans le cas précédent et l'ostéosynthèse sera faite quelques jours plus tard, comme s'il s'agissait d'une fracture fermée d'emblée ;

3° S'il s'agit d'*une fracture ouverte où le mécanisme et les conditions du traumatisme sont tels que l'infection profonde est fatale ou simplement possible* (c'est toujours le cas des fractures largement ouvertes, mais ce peut être aussi le cas d'une fracture avec plaie plus étroite), c'est la probabilité de cette infection ultérieure qui domine tout : la besogne urgente, primordiale, seule indispensable, c'est la désinfection chirurgicale de la plaie et du foyer de fracture ; au niveau des parties molles, on reséquera tout ce qui est sali, broyé ou voué au sphacèle ; puis on fera l'esquillectomie suivant les principes bien établis pendant la guerre.

Ce temps opératoire exécuté, il n'est pas interdit de penser à l'ostéosynthèse. Si le résultat fonctionnel qu'on est en droit d'attendre de la simple esquillectomie paraît devoir être mauvais, si les fragments ont une grosse tendance au déplacement, si, par ailleurs, ils ne sont pas trop nombreux et que la synthèse se présente comme simple, il sera bon de la pratiquer. Dans les conditions inverses, on s'en tiendra à l'esquillectomie.

Dans l'un et l'autre cas, la plaie sera laissée largement ouverte.

IMP. JOBARD, DIJON.

Publications en 19..-.. et ..

L'ablation de la plaie d'inoculation doit-elle être le complément du traitement sérothérapique dans le tétanos déclaré.
(Société de Chirurgie de Paris. Rapport de M.L.Bazy, .. avril)

Les modifications cyto-chimiques du liquide cephalo-rachidien après l'anesthésie rachidienne.
(Société de Chirurgie de Paris, rapport de M. L.Bazy, 4 juillet ....)

Ablation abdomino-périnéale du rectum suivie d'abaissement de l'S iliaque à travers le sphincter.
(Société de Chirurgie de Paris, rapport de M. Schwartz, .. octobre ....)

Trois cas de cordotomie pour affection douloureuse et incurable des membres inférieurs.
(Société de Chirurgie de Paris, non encore rapporté)

Diverticule cervical de l'oesophage. Résection en un temps.
(Société de Chirurgie de Paris non encore rapporté)

Résultats éloignés des résections partielles dans l'ulcère de la petite courbure.
(Société de Chirurgie de Paris .... et thèse de Pelletier)

Sur un cas d'occlusion intestinale après la gastro par un mécanisme spécial. En collaboration avec J.Dubard.
(Société de Chirurgie de Lyon, juin ....)

Sur la rachi-anesthésie.
(Congrès français de Chirurgie, octobre ..)

Le traitement du mal de Pott par l'opération d'Albee.
(Congrès de Chirurgie ....)

Le rétablissement de la continuité intestinale après la résection pour cancer de la fin de l'S iliaque et du haut rectum.
(Société Nationale de Chirurgie ....)
Rapporteur M.Ockenzie)

Publications en 1931.

Fracture spontanée d'une apophyse transverse lombaire au cours d'une fistule biliaire prolongée
(Soc. de Chir. de Paris 1931, rapporteur Mr. Pierre DUVAL)

Le rétablissement de la continuité intestinale après résection pour cancer du colon [illegible]
(Soc. Chir. de Lyon, juin 1931)

Le rétablissement de la continuité intestinale après résection pour cancer du colon gauche et de la partie supérieure de l'S iliaque
(Thèse de Doct., Lyon 1931)

Résultats éloignés du traitement du cancer utérin au début (Soc. Chir. de Lyon, juin 1931)

Sur l'anesthésie intra-rectale à l'Avertine
(Soc. Chir. Lyon octobre 1931)

La résection sub-totale du corps thyroïde, opération de choix dans le traitement des goîtres
(Lyon Chirurgical, 1931, en collaboration avec le Dr. [illegible])

Pneumatocèle intra-crânienne traumatique
(Lyon Chirurg., 1931, en collaboration avec le Dr. [illegible]).

Perforation d'ulcère gastrique à l'occasion d'un traumatisme (Gazette des Hôpitaux, juin 1931, en collaboration avec le Dr. [illegible])

Traitement immédiat des fractures ouvertes de jambe
(Congrès Français de Chirurgie, Paris 1931)
